FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1911-1912 **N° 1**

DU PROLAPSUS SIMPLE ET DOULOUREUX DES OVAIRES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 Novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RUET Abel-Paul-Henri

Né le 7 Juillet 1884, à Dampierre-les-Bois (Doubs)

Examinateurs de la Thèse :	MM.	WEISS	professeur . .	*Président.*
		CHRÉTIEN	professeur . .	*Juges.*
		FRŒLICH	agrégé	
		JACQUES	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ALBERT BARBIER
4, QUAI CHOISEUL, 4

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1911-1912 **N° 1**

DU PROLAPSUS SIMPLE ET DOULOUREUX DES OVAIRES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 Novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RUET Abel-Paul-Henri

Né le 7 Juillet 1884, à Dampierre-les-Bois (Doubs)

ACAD. MED. MAT. BIBL.

Examinateurs de la Thèse :

MM.	WEISS	professeur . .	*Président.*
	CHRÉTIEN	professeur . .	*Juges.*
	FRŒLICH	agrégé	*Juges.*
	JACQUES	agrégé	*Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1911

UNIVERSITÉ DE NANCY. FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ✪ ; NICOLAS, I ✪ ; PRENANT, ✻, I ✪. BERNHEIM, O ✻, I ✪.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	GROSS, O ✻, I ✪.
Physique médicale	CHARPENTIER, ✻, I ✪.
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I ✪.
Clinique chirurgicale	WEISS, ✻, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ✪.
Clinique médicale	SPILLMANN, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ✪.
Hygiène	MACÉ, I ✪.
Clinique médicale	SCHMITT, I ✪.
Physiologie	MEYER, ✻, I ✪.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ✪.
Médecine légale	PARISOT, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I ✪.
Histologie	BOUIN, I ✪.
Anatomie descriptive	ANCEL, A ✪.
Anatomie pathologique	HOCHE, I ✪.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ, ✻, I ✪.
Pathologie externe	VAUTRIN, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards.	ETIENNE, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, A ✪, agrégé libre.
Accouchements	SCHUHL, I ✪, agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1)	FRŒLICH, I ✪, id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I ✪, id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I ✪, id.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ✪.
Cours de médecine opératoire	MICHEL, I ✪, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale.	ZILGIEN, I ✪, id.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✻, I ✪.	MM. COLLIN, A ✪.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I ✪.	DUFOUR, A ✪.	LUCIEN, A ✪.
RICHON, A ✪.	SENCERT, A ✪.	BINET.
G. GROSS, A ✪.	ROBERT, A ✪.	PERRIN, A ✪.
FRUHINSHOLZ, A ✪.		

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, O ✻, I ✪, ETIENNE, I ✪, ZILGIEN, I ✪, FRŒLICH, I ✪, SCHUHL, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪, MICHEL, I ✪, L. SPILLMANN, A ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚷, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MICHEL

INTRODUCTION

Le prolapsus simple et douloureux de l'ovaire n'est pas une affection classique, en ce sens que ce n'est pas dans les traités de gynécologie, même les plus récents, qu'il faut en chercher une description.

Pour Pozzi, l'ovaire sain ou enflammé peut être trouvé dans le cul-de-sac de Douglas ; mais ce déplacement n'est pas une affection spéciale, il est un symptôme qui vient compliquer une rétrodéviation ou une lésion salpingienne quelconque. C'est d'ailleurs la façon de penser de beaucoup.

A part Vallin qui en 1887 fit sur ce sujet une thèse très complète et très documentée, il n'existe jusqu'à ce jour (à notre connaissance du moins) aucun ouvrage traitant du prolapsus ovarien.

Les classiques français ne lui attribuent qu'une importance toute secondaire. Les étrangers, Américains, Anglais, Allemands, quoi que lui consacrant quelques lignes, ne placent pas cette affection au rang qu'elle devrait occuper.

C'est dans les revues et les comptes rendus des sociétés savantes (surtout étrangers) qu'il nous fallut aller puiser les matériaux nécessaires à l'étude de cette affection. Et, encore, c'est seulement depuis une époque assez rapprochée, postérieure à la thèse de Vallin, qu'on a beaucoup publié sur cette question. Presque tous les anciens auteurs signalant cette affection notent des troubles pathologiques ovariens, utérins, salpingiens concomittants, et c'est seulement depuis une vingtaine d'années qu'on retrouve des observations de prolapsus simple sans lésions pathologiques concomittantes.

C'est en compulsant l'ouvrage de Vallin, les mémoires de Rigby, Mundé, puis ceux plus récents de Sænger, Mauclaire, Clifford Barrows, en étudiant les diverses observations éparses à l'étranger, en les comparant à celles qu'a bien voulu nous procurer M. le professeur agrégé Michel, que nous avons pu nous faire une opinion sur la nature de ce déplacement.

Nous avons eu en mains tous les travaux publiés sur ce sujet, et traduit toutes les observations que nous avons pu nous procurer à l'étranger. Nos recherches furent souvent pénibles ; nous espérons qu'on nous en tiendra compte dans le jugement qu'on voudra porter sur ce modeste travail.

Il nous faut maintenant essayer d'expliquer pourquoi une affection qui semble assez fréquente (nous en avons réuni 21 cas. Cliff. Barrows en cite 100 pour son compte) a si peu attiré l'attention, et des classiques et des médecins en général.

A l'appui de cette ignorance, je citerai le fait suivant :

En 1888, à la société obstétricale de Cincinnati, Reamy fit une communication de prolapsus de l'ovaire perceptible à travers le vagin. L'ovaire fut enlevé et reconnu sain à l'examen histologique. Deux membres présents, Zinckle et Illowy, accompagnèrent cette communication des réflexions suivantes. Pour le premier en l'absence d'inflammation de l'ovaire, il croit le prolapsus congénital. Illowy croit qu'il a pu se produire après la naissance.

La raison qui fait que peu d'auteurs aient traité du prolapsus simple réside en ce fait, que presque toujours dans les cas de rétrodéviation utérine, de salpingite, un ovaire ou les deux sont prolabés dans le Douglas. Et dès lors pour qui n'était pas averti, il devenait difficile de faire de ce seul prolapsus une entité particulière avec les symptômes suffisants à eux seuls à caractériser la maladie.

Et puis ces symptômes du prolapsus venant s'ajouter à ceux de la lésion annexielle n'étaient pas fait pour éclairer le diagnostic.

C'est à notre avis la seule raison expliquant qu'une affection aussi douloureuse et aussi intolérable passât inaperçue.

Après l'excellent ouvrage de Vallin sur ce même sujet, un tel travail nous eut semblé superflu. Mais si depuis 1887, on n'a découvert aucun nouveau symptôme permettant de caractériser l'affection, on a du moins, étant données les nombreuses observations rapportées, montré que cette affection était réelle, fré-

quente même. Et surtout depuis l'avènement de l'antiseptie, on a en sa possession les moyens de guérir radicalement et sûrement une maladie qui délivre les malades d'un véritable supplice.

Ce sont ces nombreuses opérations conservatrices que nous avons recherchées un peu partout qui rajeunissent et actualisent notre sujet.

Nous n'avons pas, en présentant cet ouvrage à l'appréciation de nos juges, la prétention d'avoir tiré de l'oubli une affection inconnue à ce jour. D'autres plus autorisés en ont traité et en traiteront après nous laissant bien loin derrière eux ce modeste travail. Mais puisque la tradition contraint à écrire même les moins qualifiés, nous nous sommes mis courageusement à la tâche pour inaugurer modestement nos études médicales.

Il nous reste maintenant, puisque l'occasion nous en est offerte, à remercier, pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée, MM. les professeurs Weiss, Simon, Haushalter et MM. les professeurs agrégés Frœlich et Michel qui voulurent bien nous donner les premiers renseignements nécessaires à cette étude.

Tous nos remerciements aussi aux docteurs Vuillemin, chef de travaux d'anatomie normale dont les connaissances nous furent si utiles pour notre chapitre d'anatomie et au docteur Beckerig qui mit tant d'amabilité à nous traduire les textes étrangers.

CHAPITRE I

ANATOMIE

Nous avons cru nécessaire pour aider à la facile compréhension du mécanisme du prolapsus et de la situation des ovaires prolabés, de joindre à cette étude un court aperçu d'anatomie topographique du petit bassin en général, et des ovaires en particulier.

Topographie du petit bassin

Le péritoine après avoir recouvert la face postérieure de la vessie, tapissé la face antérieure de l'utérus, descend sur sa face postérieure pour remonter sur la face antérieure du rectum ménageant entre ce dernier et l'utérus le cul-de-sac de Douglas. — « En deux mots, dit Vallin, il enveloppe l'utérus à la façon d'un linge jeté par dessus cet organe comme sur une corde et qui, tiré de chaque côté sur les trompes, irait gagner les parois

de l'excavation ». La cavité pelvienne est divisée ainsi en deux loges bien distinctes, l'une antérieure (anté-utérine), l'autre postérieure rétro-utérine (cavum rétro-utérin de Testut).

Le cavum rétro-utérin est une loge nettement délimitée. La face postérieure est constituée par la ceinture osseuse doublée des parties molles avec au centre le rectum. La face antérieure est formée par les ligaments larges surmontés des trompes. Tandis que la face postérieure est fixe et immobile, la face antérieure, constituée par les ligaments larges qui se meuvent autour de leur attache au plancher pelvien est extrêmement mobile.

Les parties latérales en sont limitées par le trajet des vaisseaux iliaques primitifs, puis après leur bifurcation par les vaisseaux iliaques externes qui forment la branche antérieure du triangle limitant la fosette ovarienne.

Le plan incliné qui forme la paroi antérieure du cavum et qui vient rejoindre à angle aiguë la face postérieure est constitué en réalité par trois étages limités par les ligaments utéro-sacrés et utéro-lombaires et qui sont en allant de bas en haut :

I^{er} étage inférieur, situé au-dessous du repli utéro-sacré ; il n'est autre que le cul-de-sac de Douglas ;

II^{e} étage moyen, compris entre le repli utéro-sacré et le repli utéro-lombaire ;

III^{e} étage supérieur, qu' s'étend du repli utéro-lombaire aux vaisseaux iliaques. C'est dans ce dernier étage que se loge l'ovaire.

Il nous faut maintenant situer l'ovaire. Cette étude comprendra :

La situation de l'ovaire ;

Ses moyens de fixité ;

Ses rapports ;

Sa direction.

a) *Situation des ovaires.* — Les ovaires se trouvent situés dans le cavum rétro-utérin sur les parois de l'excavation pelvienne en avant du rectum, en arrière du ligament large et de la trompe. On les rencontre habituellement à 15 ou 20 millimètres en avant de la symphise sacro-iliaque à 8 ou 10 millimètres au-dessous du détroit supérieur, à 1 ou deux centimètres au-dessus et en avant du bord supérieur du muscle pyramidal. On peut les comprimer à travers la paroi abdominale sur le milieu d'une ligne qui réunirait la symphise pelvienne à l'épine iliaque antéro-supérieure. On a noté que l'ovaire gauche se trouve situé dans un plan un peu antérieur à celui qu'occupe l'ovaire du côté opposé.

b) *Moyens de fixité.* — Le bord antérieur de l'ovaire adhère au ligament large à l'aide d'un court repli péritonéal qui porte le nom d'aileron postérieur.

Ligaments de l'ovaire. — Ils sont en outre fixés dans la position qu'ils occupent par trois faisceaux musculaires qui sont : le ligament utéro-ovarien (1), le ligament tubo-ovarien, le ligament lombo-ovarien (2).

---

(1) Lig. propre des ovaires des auteurs allemands.

(2) Lig. suspenseur de l'ovaire des auteurs allemands appelé aussi infundibulo-pelvien ilio-ovarien ou encore lig. rond supérieur de Rouget.

Le ligament utéro-ovarien est un cordon arrondi mesurant 3 à 3 cm. 1/2 de longueur sur 3 à 4 millimètres de largeur qui s'étend transversalement de l'extrémité interne de l'ovaire à l'angle de l'utérus. Il se compose de fibres musculaires qui comme lui se dirigent transversalement et se confondent à leur extrémité interne avec les fibres de la face postérieure de l'utérus.

Le ligament tubo-ovarien ou ligament de la trompe unit l'extrémité externe de l'ovaire à l'orifice abdominal de la trompe. Sur le côté externe de ce ligament vient se fixer sur sa face péritonéale une frange du pavillon, la frange ovarique qui descend jusqu'à l'ovaire.

Le ligament lombo-ovarien est comme les précédents un faisceau de fibres musculaires lisses recouvert par le péritoine qui naît en haut sur le fascia péritonéal de la région lombaire et qui de là se porte au bord adhérent de l'ovaire en suivant le trajet des vaisseaux ovariens. Il est, en quelque sorte, pour l'ovaire, un ligament suspenseur; c'est à lui que l'ovaire doit sa position verticale dans le bassin. « Ce ligament est aplati et étalé en nappe, il n'est qu'un faisceau, le faisceau moyen, d'une large lame musculaire qui occupe pour ainsi dire toute l'étendue transversale du ligament large, et dont les autres faisceaux se terminent sur la face postérieure de l'utérus, sur la trompe et sur son pavillon ». (1)

c) *Rapports de l'ovaire. Fossette ovarienne.* – L'ovaire

(1) Rouget. *Journal de Physiol.* T. I, p. 479, 1858.

présente des rapports importants que nous examinerons successivement chez la vierge et chez la multipare.

a) Chez la vierge ou la multipare la face externe ou pariétale de la glande répond d'ordinaire à une petite région de la paroi latérale du bassin qu'on appelle fossette ovarienne — ou fosette de Krausse — et qui est formée par la bifurcation de l'iliaque primitive. Elle est mal nommée puisque le plus souvent la paroi pelvienne ne présente à son niveau aucune dépression.

Pour mettre cette fossette à découvert, il faut écarter l'ovaire en rabattant la trompe en avant, la mésosalpinx et l'ovaire lui-même. On voit alors après avoir enlevé le péritoine pariétal qui la recouvre qu'elle est limitée : 1° en arrière par les vaisseaux hypogastriques et l'uretère ; 2° en avant par l'attache pelvienne du ligament large ; 3° en haut par les vaisseaux iliaques externes qui la séparent du psoas ; 4° en bas par l'origine des artères ombilicales et utérines isolées ou réunies en un tronc commun. Quant à l'aire de la fossette, elle est constituée par une couche cellulo-adipeuse dans laquelle cheminent le nerf et les vaisseaux obturateurs.

b) Chez la multipare, à la suite de grossesses répétées, les moyens de fixité de l'utérus se distendent, l'ovaire se déplace et descend plus bas dans le cavum rétro-utérin.

Chez la multipare. — la face externe n'est plus en rapport avec la fossette de Krausse, mais avec une autre partie de la paroi latérale du bassin déjà décrite par Claudius en 1865 — et qu'avec Rieffel on peut appeler fos-

sette de Claudius. — Cette fossette est limitée : 1° en avant par l'uretère et l'artère utérine sur lesquels repose une partie du bord adhérent de l'ovaire ; 2° en arrière elle est limitée par le bord du sacrum. L'aire de la fossette est occupée par du tissu cellulaire et par les branches postérieures des vaisseaux hypogastriques, en particulier par les vaisseaux et nerfs fessiers.

Il nous faut maintenant examiner les différents rapports que présentent les autres faces de l'ovaire.

Face interne ou utérine. — La face interne, convexe, regarde l'utérus, elle répond au mésosalpinx qui se rabat sur elle avec le pavillon de la trompe et l'encapuchonnent de telle sorte que l'ovaire n'est visible qu'après qu'on a relevé la trompe.

Bord antérieur. — Le bord antérieur est adhérent à l'aileron postérieur du ligament large, c'est par lui que vaisseaux et nerfs pénètrent dans la glande ; il représente le hile de l'ovaire.

Bord postérieur. — Convexe et libre dans toute son étendue, il répond aux anses grêles.

Extrémités. — Des deux extrémités de l'ovaire, l'extrémité supérieure donne naissance au ligament lombo-ovarien ; elle est enveloppée par la trompe. Quant à l'extrémité inférieure, elle donne attache au ligament utéro-ovarien.

d) *Direction et orientation de l'ovaire.* — Sapey dans son traité d'anatomie enseignait que l'ovaire est horizontal, comme le ligament qui l'unit à l'utérus. His au contraire en basant son opinion sur des sujets congelés le considérait comme ayant une direction verticale. D'après Hasse, le grand axe de l'ovaire serait oblique

de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière ; tandis que pour Schultze et pour Vallin ce grand axe serait dirigé d'avant en arrière, l'extrémité utérine regardant en avant. Comme on le voit, ces opinions sont on ne peut plus contradictoires et comme chacune d'elles concorde avec un certain nombre de faits, on doit en conclure que l'ovaire, dans des conditions entièrement physiologiques, occupe les positions les plus diverses ; ce que pouvait, du reste, faire prévoir la laxité de ses ligaments et son extrême mobilité. « Pour ma part, dit Testut, j'ai examiné l'ovaire en place sur un grand nombre de sujets de tout âge et j'ai constaté dans la situation de l'organe une telle variabilité, qu'il me semble difficile de dégager de ces observations une formule quelque peu précise. Il m'a semblé cependant, ajoute le même auteur, que dans le plus grand nombre de cas l'ovaire se dispose, dans la partie supéro-externe du cavum rétro-utérin d'une façon telle que son grand axe, tout en se rapprochant beaucoup de la verticale, est dirigé obliquement de haut en bas, de dehors en dedans et un peu d'arrière en avant ». Les grands axes des ovaires prolongés se rencontreraient donc, non pas en arrière de l'utérus comme le veut Hasse, mais en avant de cet organe.

Volume de l'ovaire. — Varie beaucoup suivant les âges. Puech, qui en a examiné un grand nombre aux différentes époques de leur évolution, a démontré par ses chiffres que l'ovaire augmentait de volume depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte.

Certaines conditions physiologiques, la menstrua-

tion, la grossesse, par exemple, ont sur les dimensions et le volume de l'ovaire une influence considérable.

Pendant la menstruation, celui des deux ovaires qui doit donner l'ovule acquiert un volume double ou même triple de celui qu'il avait auparavant. De même pendant les trois premiers mois de la grossesse, l'ovaire sur lequel se trouve le corps jaune est plus volumineux que celui du côté opposé. Après la grossesse, comme après la menstruation, l'organe producteur de l'ovule revient peu à peu à ses dimensions ordinaires.

Poids. — Varie avec le volume. Il est de 50 à 60 centigrammes chez le nouveau né, de 3 grammes chez l'enfant, pour atteindre 4 à 5 grammes à la puberté et enfin 6 à 8 grammes chez l'adulte. Ce dernier poids représente l'ovaire à sa période d'état, se maintenant sans changement notable tant que dure pour la femme la période de fécondité. Plus tard, après la ménopause, son poids se réduit graduellement et peut dans certains cas retomber à 2 grammes et même moins.

Les ovaires sont très mobiles. Leurs déplacements physiologiques peuvent se grouper sous trois chefs. Ceux qui dépendent des mouvements de l'utérus, ceux qui sont dus à l'ampliation de cet organe pendant la grossesse et ceux que leur imprime l'augmentation de volume que leur fait subir la menstruation.

A part les déviations, l'utérus est soumis à des mouvements d'avant en arrière qui lui sont transmis par les alternatives de réplétion et d'évacuation de

la vessie. Et dans ces mouvements, les ovaires suivent l'utérus.

Pendant la grossesse, les ovaires suivent l'ascension de l'utérus dans l'abdomen et, comme ce dernier tourne sur son axe de telle façon que sa face latérale gauche devient antérieure, l'ovaire gauche participe lui aussi à ce mouvement de rotation.

Nous avons examiné dans cette étude les variétés de position des ovaires correspondant aux divers âges de la femme et aux divers états physiologiques dans lesquels elle peut se trouver.

Mais il est certain que les variations individuelles sont très nombreuses et sur une même femme les deux ovaires peuvent occuper respectivement une situation différente.

Lawson Taft écrit à ce sujet, que les ovaires sont placés symétriquement de chaque côté. C'est vrai au sens général, mais en réalité les deux ovaires n'occupent pas chez la même femme des points absolument symétriques; l'ovaire gauche, en général, est situé dans un plan un peu antérieur à celui dans lequel se trouve le droit.

« Du reste, dit Vallin, on observe des variétés infinies dans tous ces détails, et une description ne peut être applicable qu'à un cas particulier ou à la moyenne des cas ».

Mode d'exploration des ovaires

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'insuffisance du toucher vaginal, seul pratiqué pour se rendre

compte de l'état dans lequel se trouvent les ovaires et les annexes. Certains, même, nient qu'on puisse ainsi arriver à un résultat. Et lorsque par le toucher ainsi pratiqué, on atteint un ovaire, sa mobilité est telle qu'on ne peut se faire une idée exacte, et de sa situation et de sa forme.

Le toucher rectal quoique assez rarement employé en clinique, pourrait, le rectum ayant des rapports immédiats avec les ovaires, donner des sensations plus précises.

Le toucher vaginal combiné au toucher rectal pourra rendre de plus grands services.

Mais le palper bimanuel est le mode d'exploration clinique de l'ovaire le plus souvent utilisé en pratique. Le chirurgien déprime, d'une main, la paroi abdominale et cherche à sentir le relief du bord interne du psoas, c'est en effet en dedans et au-dessous du bord de ce muscle que se trouve l'ovaire. Pour arriver à le reconnaître, il faut avec un ou deux doigts de l'autre main introduite dans le vagin refouler en haut le cul-de-sac latéral correspondant à l'ovaire que l'on explore.

On empêche ainsi la glande saisie entre la main abdominale et le doigt introduit dans le vagin, de s'échapper. Et dans certains cas, mais non dans tous, il est possible de la reconnaître au palper et même de l'examiner. Cela est vrai surtout chez les multipares dont les ovaires sont le plus souvent abaissés.

CHAPITRE II

DÉFINITION — DIVISION

Le prolapsus de l'ovaire est son abaissement dans le cul-de-sac de Douglas, abaissement qui se produit par suite du simple relâchement de ses organes de soutènement. Nous éliminons, d'emblée par notre définition tous les déplacements qui accompagnent les trompes enflammées où malades et tous les déplacements de l'ovaire hors de la cavité pelvienne, ce sont alors des hernies, ce ne sont pas des prolapsus. Nous ne parlerons dans cette étude que des prolapsus ovariens « simples et douloureux » avec ovaires sains ou presque sains.

P. Mundé divise les prolapsus en quatre variétés :

1° Rétro-latérale ;

2° Rétro-utérine ;

3° Anté-utérine ;

4° Dans l'infundibulum de l'utérus en inversion.

Les deux dernières variétés sont de simples curiosités

pathologiques. — Dans la dernière l'inversion est tout, le prolapsus ovarien est accessoire.

Dans la variété anté-utérine, les symptômes diffèrent totalement de ceux qui manifestent la présence de l'ovaire dans le Douglas.

Dans les rares cas signalés, trois de Engelmann, deux de Mundé, l'ovaire avait été fixé dans cette situation par des exsudats péritonéaux, le diagnostic avait été des plus difficiles pour ne pas dire impossible. Ainsi Engelmann croyait avoir affaire dans un de ses cas, à une hernie, l'ovaire très rapproché du pli de l'aine n'était pas augmenté de volume, il fut extirpé.

En réalité pratiquement il existe deux variétés de prolapsus de l'ovaire. L'organe est abaissé dans la fosse sous-ovarienne, il a franchi le plus souvent le ligament utéro-lombaire ; il a descendu, en un mot, la première marche de l'escalier, qui conduit au fond du Douglas, mais il s'est arrêté au-dessus du ligament utéro-sacré premier degré du prolapsus, variété rétro-latérale. L'ovaire a descendu la deuxième marche, il a franchi le rebord falciforme du ligament utéro- sacré, il occupe le fond du Douglas ; deuxième variété rétro-utérine.

La première variété abandonnée à elle-même conduit fatalement à la seconde. Mais cette distinction en deux degrés présente une certaine importance, au triple point de vue de la symptomatologie, du pronostic et du traitement.

A notre avis la division de Mundé est trop schématique et si elle permet au lecteur une facile compréhension de la situation de l'ovaire prolabé, elle n'englobe pas tous les cas. L'ovaire prolabé, peut depuis sa situa-

tion anatomique jusqu'au fond du Douglas occuper toutes les situations intermédiaires. Témoin le cas relaté dans l'observation III, où l'ovaire, retenu par des adhérences, s'était appliqué contre le psoas et en avait imposé pour un calcul de l'uretère. Et ce ne fut qu'au cours de l'opération qu'on fit le diagnostic.

Il y a encore un prolapsus périodique des ovaires avec apparition et disparition intermittentes des troubles inhérents à cette affection, lesquels troubles peuvent être accusés subjectivement par les patientes. Si le prolapsus persiste, il peut se produire tantôt rapidement, tantôt lentement des modifications anatomiques le maintenant en situation basse.

Presque tous les auteurs traitant de la question prétendent, que par suite de l'absence de valvules dans la veine ovarienne du côté gauche et l'hyperhémie consécutive de l'ovaire de ce même côté, celui-ci serait plus souvent prolabé que le droit ; et ils ajoutent encore à l'appui de leurs opinions, l'influence qu'aurait sur la descente de l'ovaire, le fréquent passage du bol fécal dans le rectum.

Telle n'est pas l'opinion de Clifford Barrows.

« D'après mon expérience, dit cet auteur, basée sur plus de cent cas l'ovaire droit est plus souvent prolabé que le gauche — on comprend pourquoi il en est ainsi. — Le côté droit de la cavité pelvienne est pratiquement vide, facilitant ainsi la descente de l'ovaire, tandis que le côté gauche est rempli par le rectum plus ou moins distendu par les matières fécales, d'où

moindre occasion pour l'ovaire de ce côté de déplacements en bas et en arrière. »

Pour le traitement, la question de savoir si l'ovaire droit ou le gauche, ou tous les deux sont prolabés est sans conséquence. — Le même procédé, cherchant le soulagement est applicable dans tous les cas.

L'ovaire prolabé est souvent atteint d'ovarite sclérokystique. De plus, pour Mundé dans les 6/7^{e} des cas, il est congestionné et hypertrophié.

Mauclaire dit avoir pour son propre compte trouvé tantôt les ovaires et les trompes prolabés « apparemment » parfaitement sains, tantôt l'ovaire était sclérokystique.

Skene dans un cas a trouvé un seul ovaire prolabé, trois fois plus volumineux qu'à l'état normal et comprimé par l'utérus rétro-dévié. Chez cette malade la trompe du côté correspondant était parfaitement saine de même que les annexes du côté opposé.

D'après Mauclaire et Clifford Barrows, le prolapsus de l'ovaire serait très fréquent ; accompagnant parfois la rétrodéviation utérine. — On dit souvent qu'il est dû à des adhérences, salpingites, etc., mais il y a lieu de se demander si ces dernières lésions ne sont pas secondaires et non primitives.

Mais si le prolapsus ovarien est fréquent, il est souvent indolore. Et pourquoi dans ces cas n'est-il pas douloureux ? Mauclaire pose la question sans la résoudre. A notre avis, c'est seulement lorsqu'il sera soumis à des froissements, à des compressions, qu'un ovaire

prolabé deviendra douloureux. Et à quel moment sera-t-il le mieux exposé aux traumatismes ? Sinon lorsqu'il sera tombé au fond du Douglas entre le rectum et l'utérus qui seront les agents, secondaires, du traumatisme, au moment du passage du bol fécal et du coït.

C'est dire que la variété rétro-latérale passera souvent inaperçue et au médecin et à la malade pour ne devenir franchement perceptible qu'au moment où l'ovaire aura franchi le repli utéro-sacré.

Il n'est pas je crois d'autres raisons à ces deux états si différents, indolore et douloureux, du prolapsus ovarien.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Lorsqu'on interroge sur les antécédents gynécologiques la malade chez laquelle on a constaté un prolapsus ovarien, elle répondra le plus souvent, ou bien qu'elle souffre depuis longtemps quoique n'ayant jamais eu de grossesse, ou bien elle fait remonter ses souffrances à la suite de la dernière grossesse.

En effet, dans le premier cas, la descente pathologique de l'ovaire est due à une insuffisance d'élasticité de son appareil suspenseur ; ce défaut d'élasticité peut être ou bien l'une des nombreuses manifestations de la laxité des tissus ligamenteux, ou bien elle est un phénomène purement local dû à des phénomènes inflammatoires divers du tissu cellulaire pelvien. Il est certain que dans ce cas on peut rencontrer en même temps que le prolapsus d'un ou des ovaires, une ptose du foie, du rein, de la rate, ou une ptose généralisée, traduisant un

état général qu'on découvre à l'occasion de cet examen gynécologique.

Dans le deuxième cas, si c'est à la suite d'une grossesse que la femme fait remonter ses souffrances l'explication est un peu différente, quoique reconnaissant une même cause, c'est-à-dire relâchement de l'appareil ligamenteux de l'ovaire.

Cette grossesse avait élevé considérablement l'utérus et dans cette ascension les annexes avaient été entraînées. De plus cette élévation n'était possible qu'avec un allongement du ligament infundibulo-pelvien. Après la délivrance l'utérus revient sur lui-même et le ligament allongé donne à l'ovaire une certaine mobilité en lui permettant de descendre dans le Douglas. Une régression intégrale, soit du ligament large, soit du ligament infundibulo-pelvien s'observe rarement après l'accouchement et l'on pourrait concevoir à la rigueur que la grossesse seule suffise pour amener le prolapsus — surtout par ses imprudences la femme aidant. Il est rare en effet que l'involution des annexes suive l'involution utérine, celle-ci s'accomplissant mieux et plus rapidement que celle-là. Et si la femme se lève trop tôt, si elle se livre à des travaux pénibles, l'involution des annexes s'opérera difficilement, peut-être même pas du tout, et voilà un ovaire qui a quitté sa position normale et qui finalement échouera dans le Douglas.

Nous ne voulons pas déduire de cet exposé que toute femme n'ayant pas des suites de couches normales c'est-à-dire, se levant trop tôt, commettant des imprudences, etc., sera fatalement vouée au prolapsus. Mais que de par son état général elle soit prédisposée aux ptoses,

qu'elle ait en elle-même cette faiblesse ligamenteuse, cette diathèse, il est certain que ces causes s'ajoutant produiront le prolapsus.

A cette cause, capitale pourrait-on dire, il faut joindre toutes les influences qui agissent de quelque façon que ce soit, et plus ou moins directement, sur l'appareil ligamenteux de l'ovaire.

Causes occasionnelles

I. — *Augmentation de volume de l'ovaire.* — Mais seulement augmentation de volume physiologique, c'est-à-dire congestion de l'ovaire suivant la période menstruelle. Mann a vu les ovaires restés congestionnés cinq jours après la cessation des règles et en prolapsus durant tout ce temps, les règles terminées, les ovaires reprenaient leur situation. De plus, étant donnée la richesse vasculaire du ligament large et du ligament infundibulo-pelvien qui restent congestionnés pendant ce même temps peuvent ainsi amener une varicocèle tubo-ovarienne qui contribuera pour sa part, par augmentation de volume, à entraîner l'ovaire dans le cul-de-sac rétro-utérin.

Ici encore interviendra, comme cause principale la faiblesse de l'appareil ligamenteux de l'ovaire sur laquelle agira périodiquement l'augmentation de volume provoquée par la congestion et qui pourra aboutir au prolapsus.

II. — *Rétrodéviation utérine.* — Avec cette cause il semble que nous sortions un peu des limites du sujet

que nous nous sommes imposé. Pourtant nous ne pouvons passer sous silence un état qui entraîne si souvent à sa suite la chute d'un ou des deux ovaires dans le Douglas. « Dans ce cas les ovaires sont entraînés par la chute de l'utérus, les ligaments utérins étant plus puissants que les soutiens de l'ovaire. Les ovaires déplacés de leur loge normale dans la paroi antéro-latérale du pelvis sont soumis à toutes ces forces qui agissent sur eux de haut en bas en poussant vers la ligne médiane dernière l'utérus.

Ils s'arrêtent d'abord sur les replis formés par les ligaments utéro-sacrés et ils ne tardent pas à tomber dans le Douglas. » (1)

En faisant des rétrodéviations de l'utérus une cause importante de prolapsus nous sommes en contradictions, avec certains auteurs, Vallin entre autres qui dit « je doute fort que la rétroversion soit cause du prolapsus aussi souvent qu'on veut bien le dire et il ajoute, comme le dit Schultze, il n'est pas prolabé, il est simplement rétroversé.

Il a simplement tourné autour de son point d'attache, le ligament infundibulo-pelvien, et celui-ci n'étant pas tiraillé, ou fort peu, n'a guère de raison de s'allonger. » (2) Or, en admettant, ce qui n'est pas prouvé, que le ligament infundibulo-pelvien, ne s'allonge pas du fait de la rétrodéviation utérine. Si le prolapsus n'est pas contemporain de la rétrodéviation, il peut succéder au traitement de cette affection par la ventro-fixa-

(1) Golspohn. Du sort des ovaires dans les rétrodéviations utérines.

(2) Vallin. in thèse 1887.

tion de la façon suivante. « La ventro-fixation de l'utérus seul, est souvent l'aggravation des symptômes du prolapsus de l'ovaire car cette opération entraîne l'ovaire hors du plancher pelvien et occasionne un surcroît de tension à son appareil ligamenteux déjà affaibli. En déplaçant les ovaires de la fossette ovarienne, la ventro-fixation déplace en même temps leur centre de gravité. Pour ces raisons l'auteur recommande d'associer à cette opération le raccourcissement et le renforcement des ligaments ovariens (1)

Il est vrai que l'opération précitée est postérieure à l'ouvrage de Vallin, mais néanmoins on rencontre souvent le prolapsus associé aux rétrodéviations puisque Bonnet dit « la ventro-fixation seule aggrave les symptômes du prolapsus. »

De plus Clifford Barrows qui, en Amérique, étudia de nombreux cas de prolapsus, cite dans nombre de ses observations un prolapsus accompagnant une rétrodéviation utérine.

III. — *Amaigrissement.* — Vallin dans sa thèse, citant Goodell, prétend que cette cause a souvent été invoquée, pour expliquer un prolapsus. N'ayant pour notre part trouvé ni dans la thèse de Vallin, ni ailleurs aucune observation invoquant cette origine, nous faisons toutes réserves à ce sujet, tout en ne niant pas, comme pour les ptoses en général, la possibilité, pour l'ovaire de se prolaber par de la disparition du coussinet adipeux sur lequel il repose.

---

(1) Victor Bonnet.

IV. — *Adhérences suites d'inflammations.* — Deux cas peuvent se présenter.

a) Ovaire prolabé pour une des causes plus haut citée et qui, une fois situé dans le Douglas, s'enflamme, irrite par ses frottements le péritoine sur lequel il repose, puis contracte avec celui-ci des adhérences, lesquelles rendent le prolapsus irréductible. C'est, en somme, plutôt une complication qu'une cause de prolapsus.

b) « Il est certain que pendant les jours qui suivent une laparotomie, alors que la femme immobile est couchée sur le dos, les annexes tombent naturellement et par leur propre poids dans le Douglas ; celui-ci est presque toujours, alors, enflammé, dépoli, irrégulier et les annexes au contact des séreuses avivées auront tendance à s'y fixer rapidement, et de nouvelles adhérences seront établies au moment où la malade commence à s'asseoir sur son lit. (1)

Ces dernières causes sont évidemment moins directes et plus rares que les précédentes, mais elles n'en existent pas moins et, ajoute J. L. Faure, étant donnée la fréquence où l'on voit de nouvelles douleurs pelviennes faire suite à la chute des ovaires dans le Douglas, et à leur fixation en mauvaise position, à la suite de laparotomie, il était bon d'attirer l'attention sur un fait qui pour être rare aboutit toujours aux mêmes conséquences à savoir prolapsus de l'ovaire avec son cortège de douleurs.

---

(1). J. L. Faure. *La salpingopexie.*

V. — *Efforts, chutes, sauts, traumatismes.* — De même que l'effort est à lui seul incapable de provoquer une hernie et n'est qu'un épisode à l'occasion duquel ce phénomène se manifeste, de même croyons-nous, l'effort, la chute..., etc., sont incapables à eux seuls, sans prédispositions du sujet aux ptoses par une faiblesse de son système ligamenteux, de provoquer un prolapsus.

Que pour une raison quelconque la pression abdominale vienne à augmenter, que cette pression agissant sur l'ovaire, le déplace momentanément, l'entraînant vers le Douglas, c'est indéniable, mais si l'appareil ligamenteux de l'ovaire résiste, s'il est suffisamment élastique, pour dès que la cause occasionnelle cessant, il vienne reprendre sa positon, jamais alors on n'observera de prolapsus. Mais si, et toujours à l'appui de la thèse que nous soutenons, la femme a des tendances aux ptoses, il est certain que ces efforts répétés, ces chutes; etc., s'ajoutant, un jour arrivera où l'ovaire insuffisamment maintenu par des ligaments allongés, quittera, à l'occasion d'un traumatisme plus violent que les précédents, sa loge et s'en ira tomber définitivement dans le Douglas.

Sænger cite le cas d'une jeune fille de 19 ans, qui, à la suite d'une chute sur le siège, le long d'un escalier de cave, présenta une rétro-flexion aiguë de l'utérus avec descente des deux ovaires. La castration avait été proposée. La malade se maria, conçut et après la puerpuéralité les deux ovaires reprirent leur situation normale.

Quant à nous, nous croyons impossible qu'une chute

ou un effort soient capables à eux seuls de prolaber dans le Douglas brusquement un ovaire jusque-là sain et en bonne position.

VI. - *Malformation du bassin.* — Skene et Goodell cités par Vallin ont insisté sur certaines particularités qu'ils disent avoir observé fréquemment dans les cas de prolapsus et qui pour eux favoriseraient la descente de l'ovaire. Tel un bassin large qui s'écarterait de son obliquité naturelle et reposerait sur la colonne vertébrale en se rapprochant de l'angle droit, l'axe du détroit supérieur au lieu de rencontrer la ligne blanche vers l'ombilic tend alors à se confondre avec celui du tronc. Il en résulte alors que les ovaires au lieu de reposer sur un plan presque horizontal reposeraient « congénitalement » sur un plan oblique formant avec le sacrum un angle aigu. Dans ce cas, la pression des viscères abdominaux agissant sur les ovaires, tendrait, quelle que soit la résistance opposée par les ligaments ovariens à les prolaber dans le Douglas. Ce cas est peut-être le seul dans lequel la faiblesse ligamenteuse congénitale ou acquise n'ait pas à intervenir pour causer le prolapsus.

Il est encore une foule d'affections entraînant à leur suite des déplacements ovariens. Mais ces affections sont toutes pathologiques et nous n'avons entrepris que l'étude du prolapsus ovarien simple et douloureux.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

« Les ovaires et les trompes sont souvent entraînés par les déviations utérines dans le Douglas. Il est probable qu'une partie au moins des phénomènes nerveux réflexes souvent graves qui ont été notés dans certaines rétroflexions sont dues à la compression problématique des nerfs du plexus sacré. Tel est le rôle du prolapsus des ovaires dont on ne saurait faire une maladie distincte » (1).

Ainsi s'exprime Pozzi qui nie le prolapsus en tant qu'affection non accompagnée d'autres symptômes.

La cause de cette négation provient de ce que le prolapsus est le plus souvent accompagné d'une série d'états morbides qui rendent le tableau symptomatologique du prolapsus ovarien lui-même moins net.

En général, c'est une affection peu connue. On croit

(1) Pozzi. *Traité de Gynécologie*, T. I, Paris, 1905.

les malades atteintes de lésions salpingo-ovariennes. Une cause encore de la méconnaissance de cette affection est que souvent elle passe inaperçue, parce qu'indolore, et il est difficile de dire pourquoi elle devient douloureuse chez certaines femmes.

Dans le prolapsus des ovaires sains ou considérés comme tels, un symptôme prime tout : la douleur. — A celui-ci viennent s'ajouter les signes physiques, c'est-à-dire les résultats fournis par l'exploration vaginale, rectale ou bimanuelle. C'est à l'ensemble de ces données que se réduit la symptomatologie spéciale du prolapsus.

Il peut y avoir à côté d'autres symptômes, soit locaux, soit généraux. Le plus souvent ces derniers seront l'expression de l'inflammation si fréquente qui vient compliquer le prolapsus.

Ce symptôme net et constant de « douleur » a des causes déterminantes spéciales et particulières :

Les rapports sexuels ;

La défécation ;

La marche et la station debout ou assise.

Les rapports sexuels « dyspareunia » des auteurs anglais exprimant la difficulté dans cet acte et la défécation « dyschezia » des mêmes auteurs, sont très douloureux.

Les douleurs éprouvées soit pendant le coït, soit pendant la défécation se ressemblent au dire des malades. Et ceci s'explique par ce fait que l'ovaire est également sensible par sa face postérieure que comprime le bol fécal, que par sa face antérieure que vient comprimer le pénis introduit dans le vagin.

Ces douleurs présentent absolument les mêmes caractères et semblent de même nature. Elles sont vives, intenses, aiguës, intolérables, apparaissent subitement à l'occasion du coït ou de la défécation et persistent plus ou moins longtemps, jusqu'à 3 heures, après l'acte qui les a provoquées.

Ces douleurs ne ressemblent à aucune autre. Rigby les a comparées aux douleurs de l'orchite. Elles sont parfois tellement angoissantes qu'elles rendent la patiente insupportable, elle se roule par terre et pense mourir du fait de ses souffrances. On note parfois des troubles psychiques, des crises épileptiformes (Mundé) ou hystériformes (Baraduc). Par le toucher vaginal, la douleur est vive, nauséeuse, syncopale, elle s'irradie parfois jusqu'à la cuisse, le long du nerf génito-crural.

Certaines malades ont noté, au moment des règles, des douleurs plus vives, dues probablement à la tuméfaction fournie par l'ovaire qui avait à cette époque un volume plus marqué, comme cela a été signalé pour les hernies inguinales ou crurales de l'ovaire.

En dehors de ces paroxysmes, la malade éprouve un calme relatif souvent complet. La douleur est souvent nauséeuse et s'accompagne de vomissements. Au moment des crises, les malades se sentent faiblir, et la crise est quelquefois si aiguë qu'elle produit une véritable défaillance.

Ces crises sont déterminées par le froissement de l'ovaire dû au passage dans le rectum des matières fécales durcies et le choc du pénis pendant le coït.

Parfois, et à ce sujet, tous les auteurs ne sont pas affirmatifs, la même douleur, avec les mêmes carac-

tères d'acuité et d'angoisse se produirait dans la marche et la station debout. Goodell parle d'une malade qui en se promenant était prise de douleurs si subites et si aiguës qu'elle était obligée de s'arrêter anxieuse et haletante, et pour regagner son domicile il lui fallait prendre une voiture. Dans ce cas, l'ovaire gauche était disposé de telle sorte dans le Douglas que dans la marche il était comprimé entre le sacrum et l'utérus. Mais une telle douleur dans la marche est chose exceptionnelle ; et ce symptôme est moins pathognomonique de l'affection que les deux précédents.

Et cette douleur qui cède au repos et dans certaines positions spéciales est toujours le résultat de froissements de l'ovaire déplacé sans qu'il soit nécessairement atteint de lésions pathologiques.

La preuve en est dans ce fait qu'on peut à volonté faire naître une douleur identique, par la pression d'un ovaire sain en situation normale, à celle qu'éprouvera une malade chez laquelle on comprimera un ovaire prolabé dans le Douglas. De plus la dyschezia qu'éprouvent certaines femmes a cédé à la régularisation des selles. Une autre preuve, c'est l'influence de certaines attitudes ou positions. Quelques malades déclarent que les rapports sont supportés sans douleurs sur le côté droit, par exemple, alors que le coït est tout à fait impossible sur le côté gauche. Ainsi également, les malades apprennent d'elles-mêmes lors des paroxysmes à se mettre dans une attitude donnée, qu'elles savent bien diminuer leurs souffrances. Décubitus dorsal simple, décubitus dorsal avec les jambes sur les bras d'un sofa (comme c'était le cas pour

une malade de Rigby), repos à plat ventre, position genu-pectorale. Ces diverses attitudes ont toutes pour résultat de rejeter les organes hors du petit bassin, d'éloigner l'ovaire du Douglas et de le soustraire ainsi aux chocs et aux froissements auxquels sa nouvelle situation basse et anormale l'exposait.

Et ce sont là les seuls symptômes propres et spéciaux au prolapsus simple et douloureux de l'ovaire.

A côté de ces symptômes fondamentaux sur lesquels nous avons insisté, nous devons maintenant mentionner toute une série de troubles, de malaises, de douleurs qu'il faut rapporter aux états inséparables, le plus souvent, du prolapsus.

C'est ainsi que dans beaucoup d'observations, nous voyons noter des besoins fréquents d'uriner, des signes d'irritabilité de la vessie, une sensation de pesanteur pelvienne, un certain degré de dysménorrhée. Ce sont là des signes qu'on a l'habitude de rencontrer dans le cas d'affaissement du plancher pelvien. Or, le prolapsus étant l'expression du relâchement de ses ligaments, s'associe presque nécessairement à l'état que nous venons de dire.

Presque toujours les ovaires prolabés sont en même temps congestionnés, hypertrophiés. C'est dire que l'ovarite est fréquemment associée au prolapsus. Alors les symptômes ne sont plus aussi nets, aussi tranchés ; les signes de l'ovarite se mêlant à ceux du prolapsus émoussent la caractéristique des symptômes du prolapsus simple.

On a bien encore de la douleur dans la défécation et le coït, c'est-à-dire à l'occasion d'une cause provo-

cante. Mais on n'a plus ces périodes de calme absolu, ces rémissions propres au prolapsus non compliqué. La douleur est constante, à peine soulagée par certaines attitudes. Les souffrances sont encore aggravées par les règles. La malade se plaint d'élancements, de sensations de cuisson, de brûlure, de déchirements du côté du sacrum, de douleurs s'irradiant vers la région lombo-sacrée, vers les aines et les cuisses, également de nausées, de vomissements, de maux de cœur. En un mot, outre les symptômes propres à l'ovaire prolabé, on a ceux qui caractérisent l'ovaire enflammé.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Depuis Deneux qui, en 1813, rapporta la première observation de prolapsus découvert à l'autopsie et pour laquelle on ne fit aucun traitement, jusqu'à l'apparition de l'antisepsie le traitement du prolapsus fut purement médical et symptomatique.

Rigby, en 1850, traita les deux cas de prolapsus qu'il rapporte par les purges pour diminuer les douleurs à la défécation, les sangsues pour décongestionner l'ovaire atteint d'ovarite et la position inclinée, pieds plus haut que le bassin, pour éviter tous froissements de l'ovaire.

Cleveland, en 1877, termine l'observation de prolapsus qu'il rapporte, par ces réflexions : « J'ai entendu déclarer par plus d'un qu'ils ne savaient comment venir à bout de cas semblables. Mais il me semble que dans la plupart des cas toute difficulté disparaîtrait si l'on faisait usage de pessaires assez larges pour retenir

l'ovaire suspendu, ou du moins pour ne pas lui laisser d'espace libre où il pourrait se prolaber.

Mundé, en 1879, préconise la mise en place de l'ovaire par la position génu-pectorale, reposition de l'ovaire d'abord par un tampon d'ouate, puis lorsque la sensibilité a disparu par le bulbe pessaire, qui avait fait ses preuves, disait-il.

Actuellement, il est peu de médecins qui en présence d'une malade présentant des symptômes douloureux aussi aigus s'en tiendraient à un traitement purement symptomatique sans chercher sinon à supprimer (par la castration) la cause de la douleur, du moins à replacer les ovaires en situation normale.

Il est certain que, l'indication dominante étant de remettre en place l'ovaire, si possible, on devra avant de songer à l'opération sanglante essayer la position genu-pectorale, deux ou trois fois par jour ; la femme doit desserrer ses vêtements, les enlever même au besoin, se mettre à genoux sur son lit, courber alors le corps en avant jusqu'à ce que la poitrine vienne toucher le plan du lit. Les cuisses devront être écartées. Mais avant de se placer dans cette attitude, la femme devra, à l'aide d'une canule en verre, permettre l'arrivée de l'air au fond de son vagin, la pression atmosphérique agissant sur les culs-de-sac, l'utérus et les ovaires, leur fait quitter le petit bassin. La femme reste dans cette position quelques minutes, retire sa canule, puis se couche et reste ainsi le plus longtemps possible.

De semblables repositions fréquemment répétées permettent aux ligaments distendus de revenir sur eux-

mêmes. De plus, c'est un traitement contre la douleur. à tel point que les femmes qui en ont usé n'ont pas besoin qu'on le leur recommande au moment des paroxysmes.

Le médecin devra toujours s'assurer si dans cette position l'ovaire abandonne le Douglas, sinon il lui faudra pratiquer lui-même cette reposition, à moins que l'ovaire ne soit fixé par des adhérences ; auquel cas il serait inutile d'insister plus longtemps, seul le traitement chirurgical pouvant amener un soulagement.

Un autre mode de traitement se rapprochant de la position genu-pectorale est la « prone-position » des auteurs anglais. Pieds plus élevés que le siège. Elle a comme avantage sur la précédente qu'elle est moins pénible et que la malade peut rester ainsi une grande partie de la journée, avec cette condition essentielle que dans cette position les ovaires quittent le Douglas pour reprendre sinon une situation normale, du moins une situation plus haute, s'en rapprochant.

Si l'ovaire prolabé est enflammé, il faut à plus forte raison encore le soustraire à toute nouvelle cause de traumatisme et de congestion ; il faut alors traiter l'ovarite : repos complet au lit, scarifications répétées sur le col, petits cataplasmes introduits dans le vagin.

On a encore recommandé le tamponnement ; le cul-de-sac postérieur d'abord, puis tout le vagin seraient remplis de tampons d'ouate glycérinée. Par la pression continue, ce tamponnement diminuerait la congestion, de plus en remplissant le cul-de-sac postérieur, il comblerait le Douglas et tiendrait les ovaires relevés.

Mais ce tamponnement présente des inconvénients, il doit être renouvelé très souvent, il distend outre mesure le vagin dont les parois n'ont nullement besoin d'être relâchées. Il permet cependant de relever les ovaires en attendant la guérison de l'ovarite qui permettra d'appliquer un pessaire que ne saurait tolérer un ovaire enflammé.

Le but du pessaire, quand on réussit à trouver un modèle qui maintienne la réduction, est de supprimer le Douglas en le comblant. On recommandait les pessaires de Mayer et de Peasle, mais par le pessaire de Hodge et davantage par celui de Thomas, le fond du Douglas est si considérablement relevé qu'un ovaire prolabé peut être remonté.

Dans certains cas, le pessaire met obstacle à la défécation ou s'échappe pendant les garde-robes. On ne saurait préconiser un modèle spécial de pessaire, le meilleur étant celui qui maintiendra le mieux les ovaires réduits.

On devra aussi, chez ces malades, veiller à la régularité des selles, et, au besoin, l'administration de purgatifs doux, souvent répétés, feront obtenir un résultat et disparaître la dyschezia.

On a préconisé la reposition directe quelquefois avec narcose qui réussit souvent quand on l'exécute bimanuellement.

Le massage est vanté comme moyen pour maintenir l'ovaire en situation normale.

Voilà les traitements médicaux, purement symptomatiques, calmant momentanément les douleurs qui

reparaissent spontanément dès que la réduction de l'ovaire cesse.

Sans médire de ces traitements qui ont fait leurs preuves (certains pessaires étant bien supportés dans certaines conditions), il ne faudrait pas aujourd'hui s'attarder à ces palliatifs.

Traitement chirurgical

La première tentative chirurgicale pour apporter un soulagement aux souffrances de malades atteintes de prolapsus semble remonter au docteur W.-T. Lusk qui, en 1880, dans une observation lue à « The obstetrical Society », cite un cas de prolapsus traité par la castration par la voie abdominale, cas qui fut suivi de mort. Mundé, qui assistait à la discussion de cette observation, semble l'avoir préconisée deux ans auparavant. Depuis cette époque, les modes opératoires ont été multipliés.

Il est deux moyens chirurgicaux de supprimer les douleurs provoquées par les ovaires prolabés :

Le premier, la suppression radicale de l'ovaire douloureux (castration) ;

L'autre qui consiste à ramener l'ovaire prolabé en situation, sinon normale, du moins s'en rapprochant (opération conservatrice).

Castration. — La castration peut être pratiquée soit par voie vaginale, soit par voie adominale.

Dans le cas où l'ovaire libre d'adhérences est nettement perceptible dans le cul-de-sac postérieur, rien de

plus simple après incision de ce dernier et du péritoine que d'aller cueillir l'ovaire qui souvent fait hernie à travers les lèvres de la plaie. Saisir le pédicule entre les mors d'une pince, le lier, le sectionner, refermer la plaie. C'est en somme une opération bénigne qui libérera, et pour toujours, la malade de ses souffrances.

Mais, actuellement, une telle opération ne s'applique pas à tous les cas, et c'est seulement chez des femmes ayant atteint la ménopause qu'elle sera indiquée et permise.

Quant à la castration, tentée, par voie abdominale, par les auteurs qui inaugurèrent la chirurgie de l'organe pour cette affection à une époque où l'antisepsie naissait seulement, elle semble ne leur avoir donnée que des mécomptes et le premier qui l'ait tentée, Lusk, donne, comme explication de son intervention par cette voie, cette raison, qu'il craignait, en n'enlevant par le vagin, que l'ovaire prolabé, de voir se reproduire le prolapsus de l'ovaire laissé en place.

En ces dernières années, la chirurgie des ovaires est devenue conservatrice, donnant ainsi à la femme la faculté d'être fécondée.

Opérations conservatrices. *Oophoropexie.* — On donne aujourd'hui ce nom à l'opération qui consiste à fixer en un point quelconque de l'abdomen et par ses ligaments un ovaire prolabé. Le terme de fixation de l'ovaire est à rejeter. Il ne s'agit pas de fixation vraie de l'organe lui-même comme pour le rein ou l'utérus. En réalité, on fait toujours une oophoropexie indirecte, car on n'a jamais fixé que les ligaments de l'ovaire à la paroi abdominale.

Historique. — C'est dans un travail de Jaboulay et Dor, paru en 1893, que nous trouvons la première mention de cette opération. Trois ans plus tard, on rencontre dans un mémoire de Sænger deux faits plus typiques avec un traitement spécial.

En 1897, Cook Hirst a publié le premier cas de fixation du ligament de l'ovaire qui n'est qu'une oophoropexie par un procédé spécial.

En 1898, Goldspohn a donné à cette opération le nom de suspension de l'ovaire et a signalé plusieurs méthodes pour la pratiquer.

En 1903, Mauclaire donne un nouveau procédé de traitement par l'hystéropexie et la transposition ovarienne antéligamentaire.

En 1904, Clifford Barrows, en Amérique, préconise un procédé que nous exposerons plus loin.

Enfin, en 1906, Victor Bonnet préconise lui aussi le raccourcissement et le renforcement du ligament ovarien.

Manuel opératoire. — C'est Goldspohn qui a préconisé la technique opératoire de l'oophoropexie qu'on peut exécuter par les trois voies : abdominale, inguinale et vaginale. Nous signalerons seulement la voie vaginale et nous insisterons surtout dans ce travail sur les voies abdominales et inguinales.

Fixation par voie abdominale proprement dite :

a) Fixation médiane des annexes (Procédé de Jaboulay). Ce procédé par lequel Jaboulay fixe un ovaire sain et une trompe malade entre les lèvres du péritoine et la ligne blanche après laparotomie médiane, la plaie, ayant été laissée béante comme dans l'hystéro-

pexie incomplète, n'est pas une opération typique puisque en l'occurence c'est surtout à la trompe malade que s'adresse l'opération.

b) Fixation latérale. — I. Fixation par le mésosalpinx (Procédé de Sænger). Dans son premier cas, Sænger plaça deux tuteurs de fixation à la soie fine qui traversaient le mésosalpinx près du pavillon de la trompe, puis allaient s'attacher à un pli du péritoine pariétal du petit bassin, soulevé avec des pinces au niveau du ligament suspenseur de l'ovaire.

II. Fixation par le ligament tubo-ovarien (2e procédé de Sænger). Le procédé auquel Sænger s'est arrêté et qu'il a mis définitivement à exécution est le suivant : On place au niveau du bord libre du ligament infundibulo ovarien qui est toujours allongé dans le prolapsus et à environ 4 ou 5 millimètres de l'ovaire, deux fils l'un à côté de l'autre et on les fixe comme dans l'opération précédente à un pli du péritoine pariétal tout près du ligament suspenseur.

III. Fixation par le ligament ovarien (Procédé de Hirst). La fixation du ligament ovarien en un point quelconque a pour résultat évident de le raccourcir ; or, comme il est allongé par suite du prolapsus quand on procède ainsi, on peut évidemment remonter l'organe à sa place normale.

(Procédé de Goldspohn). Cet auteur agit aussi sur le ligament ovarien. Il passe une aiguille courbe armée de soie fine semblable à celle dont on se sert pour les sutures intestinales, au milieu des tissus qui réunissent l'ouverture abdominale de la trompe à l'ovaire à un demi ou à un centimètre de son bord libre. On in-

troduit alors l'aiguille à la même distance du bord interne du ligament suspenseur propre de l'ovaire près de la ligne iliopectinée et on fait deux points de suture ordinaire à un centimètre l'un de l'autre.

En passant l'aiguille dans le ligament, il est bon d'écarter le bord libre avec une pince, afin d'éviter la piqure des veines qui y sont nombreuses. L'ovaire et le fond de la trompe se trouvent alors suspendus sans être fixés directement l'un à l'autre en sorte que chaque organe conserve une certaine mobilité.

Une fois les sutures serrées, dans l'un quelconque de ces procédés de fixation latérale par voie abdominale, la seule qui soit à recommander, l'ovaire se trouve ramené à sa position véritable, ses mouvements deviennent libres ; et la circulation sanguine normale de l'organe est conservée. Il ne reste plus ensuite qu'à refermer l'abdomen.

Fixation par incision inguinale après dilatation des anneaux inguinaux internes (Procédé de Goldspohn).

Cette méthode de fixation par la voie inguinale a été recommandée par Goldspohn ; et la technique qu'il emploie n'est qu'une variante du procédé adopté pour le raccourcissement du ligament rond. D'après cet auteur, ce serait cette méthode, si elle est bien exécutée, qui donnerait les résultats les meilleurs et les plus durables dans les déplacements de l'ovaire. Aussi, dit-il, il serait à désirer que l'on utilisât le plus possible le procédé d'Alexander, modifié et amélioré, puisqu'il doit rendre de grands services, non seulement dans les rétrodéviations simples de l'utérus compliquées de prolapsus des annexes, mais aussi dans la plupart des

déviations où des affections septiques ou infectieuses ont causé à leur suite des adhérences entre les organes, des déformations partielles des annexes. La voie est sûre et excellente. Il suffit d'inciser la peau, le tissu adipeux et parfois le péritoine et d'écarter les autres tissus du canal inguinal ; on introduit alors l'index et même le médius, si besoin, dans le canal afin de libérer l'utérus et les annexes de toutes adhérences, puis on amène la trompe et l'ovaire dans l'incision, on les attire ensuite au dehors chaque fois qu'il est nécessaire, on pratique la salpingostomie, la destruction des follicules kystiques ou la résection de l'ovaire et enfin sa suspension.

L'anneau inguinal est placé presque en avant du ligament suspenseur latéral et supérieur. Donc plus le sommet de l'ovaire est écarté, plus le ligament suspenseur supérieur est relâché et plus il y a indication à le raccourcir, opération facile à exécuter au moyen de sutures à la soie fine comme dans l'opération par voie abdominale. On réunit à l'ovaire le bord inférieur du ligament rond bien écarté en allant aussi loin qu'on puisse l'atteindre en déprimant la paroi abdominale autour de l'incision. Puis on suture la paroi.

En 1898, Goldspohn avait déjà pratiqué trente-six fois cette opération d'Alexander modifiée et onze fois l'opération simple sans autre intervention intra-péritonéale sur les annexes qu'une simple exploration digitale par l'anneau inguinal et la suspension d'un ovaire dans quelques cas. Treize fois il fit la résection d'un ou des deux ovaires avec suspension dans presque la moitié

des cas, et il restaura le conduit de la trompe, dans un plus petit nombre de cas.

Enfin, il a pratiqué l'ablation des annexes d'un seul côté dans 12 cas parmi lesquels il en est quelques-uns où il a réséqué et suspendu les annexes du côté opposé.

Fixation par la voie vaginale. — C'est encore Goldspohn qui a signalé ce procédé lequel ne parait pas avoir été souvent employé.

D'après cet auteur, l'opération consisterait en un raccourcissement intra-abdominal par le vagin des ligaments ronds qu'on fixerait ensuite au fond de la plaie vaginale.

Mais, d'après Sænger, la fixation vaginale ne serait pas praticable dans tous les cas, et ne permettrait guère que la libération de l'ovaire et de ses adhérents s'il en présente.

Suites et complications. — Dans les opérations de Sænger et autres, les opérées ont pu être suivies et on a constaté que les organes étaient restés en place. Sœnger rapporte même le cas d'une malade qui conçut à nouveau et mena sa grossesse à terme.

Dès lors on ne saurait refuser à l'oophoropexie le nom d'opération conservatrice.

A propos des complications tardives, nous devons signaler une remarque de Jaboulay et Dor, bien que leur intervention ait eu lieu dans des conditions particulières. Ils ont signalé, en effet, après la fixation de l'ovaire la production dans l'organe suturé à la paroi, de pseudo-kystes dermoïdes, productions causées par la pénétration des fils de suture ayant suppuré dans

l'intérieur de l'ovaire. Ces kystes, à contenu séreux avaient un revêtement épidermique malpighien avec papilles dermiques et se formaient probablement aux dépens d'ovules mis en liberté.

L'oophoropexie a donné de bons rèsultats toutes les fois qu'elle fut pratiquée sur des ovaires prolabés, les deux faits de Sænger le démontrent et les conclusions de Goldspohn sont très nettes à ce point de vue.

On doit donc prendre l'oophoropexie, en sérieuse considération, en tant qu'opération conservatrice, car elle est facile et sans dangers. Certes, elle ne constitue pas la seule intervention applicable au prolapsus ovarien, comme y ont insisté les auteurs ci-dessus ; mais, il est indiscutable que c'est là un des moyens thérapeutique qui ont le mieux réussi pour la cure de cette affection surtout lorsqu'elle est isolée.

Lorsque le prolapsus se complique de lésions utérines ou salpingiennes, il est évident qu'alors elle est insuffisante et qu'il faut s'occuper aussi des lésions de l'utérus et de la trompe.

Nous avons cité les moyens qui tentent de remettre un ovaire en bonne place, en agissant soit sur son ligament utéro-ovarien, soit sur le tubo-ovarien, les autres procédés consistent à employer dans ce but de restauration, le ligament suspenseur de l'ovaire. C'est le raccourcissement intra-abdominal du ligament suspenseur de l'ovaire.

Jusqu'à présent, nous ne connaissons qu'un procédé, celui d'Imlack. Mais, il est ancien et remonte à une époque où l'on ne se servait pas encore du plan incliné.

Il est probable que, si aujourd'hui, on avait a faire

cette opération, on opérerait à l'intérieur de la cavité abdominale.

Procédé d'Imlack, 1885. On incise l'abdomen sur la ligne blanche pour le passage de deux doigts, on attire l'ovaire au dehors. S'il ne présente pas de lésions, on traverse alors le ligament infundibulo-pelvien, tendu par le fait des tractions exercées sur l'organe, à l'aide d'une aiguille courbe chargée d'un fil de catgut, près du point où le ligament croise le détroit supérieur: puis, l'aiguille est passée à travers le hile de l'ovaire.

Le fil est alors serré, le ligament infundibulo-pelvien est aussi forcé et l'ovaire est ramené à sa situation normale, près du détroit supérieur.

Imlack, dès 1885, avait opéré ainsi plus de quinze fois, mais nous ne croyons pas que son exemple ait été suivi par d'autres chirurgiens.

L'avenir d'une telle intervention pour la cure de prolapsus de l'ovaire reste douteux.

En tout cas, il est impossible de formuler un avis quelconque à ce sujet, faute d'observations détaillées et longtemps suivies.

En 1904, Clifford Barrows dans une longue communication parue dans le *Médical Record*, après avoir successivement passé en revue tous les procédés sus-décrits et avoir donné la préférence au procédé de Hirst, écrivait : « Nous rendant compte de l'inefficacité de ces procédés et sentant bien que dans les mains de beaucoup de gynécologues, les ovaires enflammés surtout lorsqu'ils étaient kystiques, devaient être sacrifiés, j'ai essayé plusieurs plans opératoires avec l'espoir de maintenir les organes en telle position que leurs fonctions

ne fussent point entravées par des symptômes douloureux. » Et il ajoute. Les cas que je rapporte sont, je crois suffisants pour montrer, de manière satisfaisante, que les ovaires prolabés peuvent être mis dans une telle position qu'ils ne servent pas seulement au soulagement des symptômes douloureux de la patiente, mais, permettent à ces organes, d'accomplir leur fonction relative à l'ovulation de façon saine et normale.

Procédé de Clifford Barrows. — On place la malade dans la position de Trendelenbourg, on fait à la paroi abdominale une incision de 5 centimètres. Les intestins sont tenus en arrière du champ opératoire par des linges aseptiques, qui, maintiennent les intestins au-dessus de la cavité pelvienne. Toutes les adhérences entre les trompes et les ovaires sont rompues et tous les kystes sont igniponcturés. Conjointement à cela on pourra être obligé d'extirper des portions considérables de l'ovaire qui ont été détruites par dégénérescence chronique.

Les ligaments ronds sont alors pris, relevés et raccourcis, d'aprés la manière de Wylie, deux fines sutures de soie, étant suffisantes pour obtenir ce résultat. Si l'utérus est très antéfléchi et les ligaments ronds non relâchés, ce temps de l'opération peut être inutile.

Le temps opératoire suivant consiste à raccourcir le ligament infundibulo-pelvien, de la même manière que le ligament rond. Arrivé là, on verra que le procédé opératoire ne diffère en rien des procédés jusqu'ici décrits. Et dit Clifford Barrows : « Si nous examinons l'état anatomique occasionné par l'opération, nous le trouverons plus mauvais qu'avant l'opération ». L'ovaire

n'a pas été remonté du Douglas à cause de l'élongation et du relâchement de ses propres ligaments. Ensuite par suite du raccourcissement des ligaments ronds et infundibulo-pelvien, les couches de péritoine sises entre ces deux formations ont été distendues. L'ovaire est enterré au fond du Douglas et caché par ce toit qu'on a jeté au-dessus de lui.

Dans ce double pli, ainsi tendu entre le ligament rond et le sommet du ligament large, on fait une incision linéaire de 1 à 2 centimètres et l'ovaire qui se trouve en-dessous est amené au travers de l'ouverture et vient se situer sur l'écran ainsi formé.

Cette nouvelle situation ne gêne nullement les relations de la trompe avec l'ovaire ou bien l'irrigation sanguine de ce dernier.

Afin d'assurer l'ovaire dans sa nouvelle situation on fait une suture aux deux extrêmités de la glande limitant l'incision. Ce procédé permet à l'ovaire reposant sur cet écran péritonéal, d'éviter tout heurt de l'utérus et ne gêne nullement son activité fonctionnelle.

Et termine Clifford Barrows : « La simplicité de cette technique et la facilité avec laquelle tout chirurgien peut l'employer, devrait la recommander pour tous les états pénibles, qui, jusqu'alors, je n'hésite pas à le répéter, se résument par le sacrifice d'un ou des deux ovaires. »

Les conclusions de Clifford Barrocos, si elles nous montrent quelle confiance il avait en lui et en son procédé sembleraient nous faire croire, qu'il veut ignorer, qu'avant lui, d'autres (Sænger en particulier) ont restauré des ovaires prolabés de telle façon que la fécondation put s'accomplir et la grossesse menée à terme.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Nous avons recherché un peu partout les observations publiées sur ce sujet durant les vingt-cinq dernières années écoulées et malgré notre désir d'en réunir un grand nombre, nous n'avons pu en recueillir que vingt et une que voici, extraites des littératures médicales françaises, américaines et allemandes.

OBSERVATION I

S. Fl..., âgée de 23 ans, et attaquée d'une rétention d'urine qui exigeait souvent l'emploi de la sonde, entra à l'hôpital de Gloucester où elle séjourna plusieurs mois ; mais n'éprouvant que peu d'amélioration dans son état, elle perdit l'espoir de guérir et quitta cet hospice pour reprendre ses occupations ordinaire. Peu de temps après, elle devint grosse, et, à sa grande surprise, se trouva bientôt guérie d'une maladie qui l'avait tant tourmentée ; mais cette guérison n'eut lieu que momentanément, car les

mêmes accidents reparurent après l'accouchement, se dissipèrent de nouveau pendant une autre grossesse et revinrent après la délivrance. Les incommodités qu'éprouvait la malade, l'obligeant comme auparavant de recourir au cathéter pour uriner et la rendant peu propre à l'état de servitude où elle se trouvait réduite. Elle entra au mois de décembre 1778 en qualité de nourrice dans l'hôpital royal de Plymouth.

Cette femme avait alors l'estomac très dérangé, ne pouvait uriner sans la sonde, était habituellement constipée et sujette à des attaques hystériques quoi qu'ayant sa menstruation régulière. Elle mourut en juin 1779 après avoir vomi beaucoup de sang.

A l'ouverture du cadavre, on trouva la matrice poussée en avant vers le pubis et l'ovaire droit de la grosseur d'un œuf, situé entre le vagin et le rectum dans une espèce de loge qui paraissait due à son long séjour dans cet endroit et qui lui était devenue si naturelle qu'on ne put sans difficulté lui donner une autre situation.

L'utérus, la vessie et l'ovaire n'offraient aucune altération dans leurs tissus. La situation et la grosseur de l'ovaire rendent facilement raison des accidents que la malade éprouva pendant plusieurs années et l'analogie qui existe entre eux et les symptômes de la rétro ou de l'antéro-version est trop évidente pour échapper à l'observateur.

(Obs. extraite de l'ouvrage de Deneux. *Hernie de l'ovaire*, Paris 1813).

Nous citons cette observation à cause de son ancienneté, c'est la première en date dans la littérature médicale. Elle montre en plus que cette affection était totalement inconnue à l'époque où Deneux la rapporte puisqu'il en fait une variété, rare, de l'hernie de l'ovaire.

OBSERVATION II

Double prolapsus ovarien chez une hystérique
Compression ovarienne intra-vaginale produisant le transfert

Mme B.... en 1878, était sujette à trois états hystériques :

1° Grandes crises de l'hystéro-épilepsie, presque quotidiennes ;

2° Attaques de contracture fréquentes, mais assez courtes, des deux membres gauches ;

3° Hémi-anesthésie avec ovaire gauche persistant actuellement sans que la pression abdominale ait jamais eu d'effet sur l'état hémi-anesthésique actuel ou sur celui des crises antérieures.

La malade a une rétroflexion utérine. A travers la paroi du vagin, on sent sur les bas côtés du fond de l'utérus rétrofléchi, un corps pédiculé en forme d'amande fuyant sous le doigt comme un testicule ; le gauche est plus bas et plus gros, il est d'une exquise sensibilité à la douleur, constituant l'ovarie, tandis que le droit situé du côté non hémi-anesthésié, est indolore.

Ils disparaissent par le redressement utérin et reparaissent avec la rétroflexion. Au moment de l'époque, l'ovaire prend une forme globuleuse.

(Obs. publiée par H. Baraduc. Comptes rendus de la Société de biologie, 1882, n° 9).

OBSERVATION III

Le professeur Rose, de Berlin, a eu l'occasion d'observer une jeune fille de 22 ans se plaignant de douleurs intolérables dans le bas ventre du côté gauche et chez laquelle après avoir essayé les moyens thérapeutiques les plus divers (bains, électricité, massages), on finit par intervenir chirurgicalement croyant avoir affaire à un calcul de l'uretère. La laparotomie montre que le prétendu calcul n'était autre chose que l'ovaire appliqué contre

le psoas et retenu dans cette position par un repli épaissi du péritoine. Il suffit de sectionner cette bride et de replacer l'ovaire dans le petit bassin pour voir tous les troubles disparaître.

(*Revue internationale de médecine et de chirurgie*, Mars 1902).

OBSERVATION IV

Journalière, 34 ans. 5 grossesses normales, la dernière en novembre 1893. Etat fébril, soignée comme métrite pendant quelques semaines, vient à la polyclinique depuis un an.

Diagnostic. — Déchirure bilatérale du col au deuxième degré, endométrite cervicale, résidus cicatriciels de paramétrite gauche. Rétroversion utérine. Prolapsus des ovaires. Périoophorite double. La patiente a été traitée toute une année sans résultats ; c'est pourquoi elle accepte volontiers une intervention radicale.

Le 14 juillet 1895. Cœliotomie en position haute du bassin. Le petit bassin était rempli de liquide d'ascite Les ovaires étaient mobiles sans kystes saillants. L'utérus fut porté en avant et fixé des deux côtés au moyen de deux sutures au fil de soie placées au travers des cornes utérines, contre la paroi abdominale antérieure latéralement à la ligne médiane.

Les annexes qui se trouvaient dans le Douglas furent attirés isolément et fixés à la paroi latérale du bassin par le procédé suivant : On place deux sutures de fixation à la soie fine qui traversent le mésosalpinx près du pavillon de la trompe et vont s'attacher à un pli du péritoine pariétal du petit bassin soulevé avec des pinces au niveau du ligament suspenseur de l'ovaire.

L'ovaire se trouve ainsi ramené à sa position normale.

La convalescence fut normale. A un examen ultérieur, l'utérus très rapetissé se trouvait bien antéfléchi. Les ovaires étaient difficiles à atteindre latéralement ; les troubles subjectifs ont tous disparus.

(Sænger. *Centralblatt f. gynecologie*, 1896, n° 9.

OBSERVATION V

Journalière, 31 ans, accouche une fois sans secours, il y a eu six ans. Avorte une fois au sixième mois.

Etat actuel. — Incapacité de travail. Est à la polyclinique depuis décembre 1894.

Diagnostic. — Rétroversion utérine. Prolapsus des ovaires. Périoophorite chronique double. Les deux ovaires sont très augmentés de volume. Surface tomenteuse. Ils sont sensibles à la pression.

Après un traitement symptomatique sans succès pendant quelques mois. On pratique la cœliotomie en vue de libérer les ovaires de leurs adhérences et de les fixer en position normale.

Les deux ovaires sont reliés entre eux par des adhérences filiformes, nombreuses, facilement séparables. Des deux côtés, un certain nombre de kystes folliculaires gros comme des cerises ponctuent leur surface. On fait six ignipunctures à gauche, quatre à droite. Ensuite, pelvifixation d'une façon différente du cas précédent.

On place au niveau du bord libre du ligament infundibulo-pelvien, qui est toujours allongé dans le prolapsus à environ 4 à 5 millimètres de l'ovaire, deux fils l'un à côté de l'autre et on les fixe comme dans le premier procédé (de Sænger) à un pli du péritoine pariétal, tout près du ligament suspenseur.

Les ovaires étaient revenus en situation normale. La convalescence fut normale. Les troubles antérieurs disparurent. Les examens ultérieurs montrent les ovaires restés en bonne situation. Entre temps, la femme conçut de nouveau. Elle est au sixième mois de sa grossesse.

(Sænger. *Centralblatt f. gynecologie*, 1876, n° 9).

OBSERVATION VI

Jeune femme de 23 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 1er mai 1903. Cette malade est accouchée normalement en février 1902. Depuis les règles sont peut-être un peu plus abondantes qu'auparavant. De plus, pendant la marche survint, d'une façon irrégulière, une douleur dans la région de la fosse iliaque droite. Peu à peu, les douleurs se localisèrent dans la région hypogastrique. C'était une sensation de tiraillement, de pesanteur sur le périnée. C'était une douleur sourde, continuelle, se calmant pendant la position couchée, augmentant au moment de la défécation et pendant le coït. Ce dernier renseignement nous fut donné tout spontanément.

Depuis un an, ces douleurs n'ont pas diminué d'intensité ; au contraire, tout récemment, elles se compliquèrent de coliques utérines qui rappelaient à la malade les douleurs prémonitoires de l'accouchement.

Les pertes blanches concomittantes étaient peu abondantes.

Fatiguée par cet état douloureux, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen de l'abdomen, les parois paraissent un peu relachées.

Du côté de la vulve, il n'y a pas d'effondrement du plancher péritonéal, ni de déchirure de la fourchette.

Au toucher vaginal le col n'est pas prolabé, il est dévié un peu en avant, et peu volumineux. L'orifice présente une déchirure à gauche, il n'est pas ouvert outre mesure. On ne sent pas le fond de l'utérus au-dessus de la symphise, il est déplacé en arrière, en rétroversion et volumineux.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse globale représentée par le fond de l'utérus et se continuant sur les côtés dans les culs-de-sac latéraux avec de petites masses arrondies sensibles au toucher ; ce sont les ovaires et les trompes prolabés, paraissant légèrement augmentés de volume.

La malade est laissée au repos plusieurs jours, on répète l'examen pour bien établir qu'il ne s'agit pas d'une « neurasthénique génitale » on se décide à pratiquer une intervention, c'est-à-dire la transposition antéligamentaire et l'hystéropexie par affrontement.

(Prolapsus ovarien douloureux, docteur Mauclaire. *semaine gynécologique*, 1er sept. 1903).

OBSERVATION VII

Mme A..., 23 ans, mariée depuis plusieurs années, sans enfants. Depuis longtemps, souffre de douleurs vives dans le bassin. Utérus un peu immobilisé en rétroversion. On sent les annexes prolabés dans le Douglas. Les douleurs ont résisté au traitement médical longtemps continué.

Le 23 janvier 1903. Laparotomie. Il y a entre l'utérus, le rectum et l'intestin des adhérences nombreuses solides et bien organisées qu'il faut couper au ciseau. Ces adhérences maintiennent l'utérus en rétroversion et les annexes sont complètement cachées derrière lui dans le Douglas. Les adhérences détruites ou sectionnées, l'utérus est ramené en avant et les annexes apparaissent fixées dans le Douglas par des adhérences qui cèdent à la main. Les annexes sont saines, les ovaires paraissent tout à fait normaux Les trompes, à part les quelques éraillures dues aux adhérences rompues sont tout à fait normales. Mais dès qu'on les abandonne à elles-mêmes, elles retombent avec les ovaires dans le Douglas.

L'auteur prend le parti pour les maintenir en bonne position de les suspendre au ligament infundibulo-pelvien qui contient les vaisseaux utéro ovariens et va se fixer au détroit supérieur.

Les annexes sont ainsi suspendues au niveau du détroit supérieur sans tendance à retomber.

L'auteur ajoute que cette fixation contribue également à maintenir le fond de l'utérus dans sa situation normale.

Le ventre est refermé par une suture à trois plans. Guérison sans incidents.

La malade quitte l'hôpital en parfait état, ne souffrant plus le 23 février.

(La salpingopexie par J. L. Faure, *La gynécologie*, 1903, p. 101).

OBSERVATION VIII

K. M..., 22 ans, mariée, danseuse de ballet, me consulta le 1er mai 1902. La malade était pâle, anémique, chétive, très nerveuse, émotive. Fut réglée à 13 ans. Règles régulières. Danseuse depuis son enfance. Et depuis l'apparition de ses règles souffre de violents maux de ventre. Douleurs dans la région pelvienne s'irradiant vers les cuisses, accrues par l'exercice. La malade s'est évanouie plusieurs fois pendant un paroxisme douloureux. Constipation chronique. Douleurs à la défécation qui est très pénible. Dyspareunie à un degré très marqué. La patiente a eu trois grossesses, toutes terminées par un avortement au troisième mois. J'ai trouvé à l'examen un utérus normal comme dimension et position avec ovaires mous et hypertrophiés siégeant dans le fond du Douglas.

A l'ouverture de l'abdomen cet état se vérifie. Les deux ovaires sont de plus le siège de dégénérescence kystique étendue; on réséque une portion de la glande et l'incision est close par des sutures au catgut fin.

Les ovaires furent réunis en situation normale par le procédé de l'auteur que nous avons décrit plus haut.

La convalescence, très rapide fut régulière. La malade travaillait au bout de six semaines et depuis elle continue à travailler sans souffrir. Puis survint une grossesse menée à terme. Ensuite

elle reprit son travail, saine et forte, elle dit être mieux que jamais, et se regarde comme parfaitement libérée de son mal.

(Clifford Barrows. *Médical Record*. oct. 1904, n° 16).

OBSERVATION IX

Deux mois après, Clifford Barrows opérait la mère de la malade précédente pour un double prolapsus ovarien sans adhérences, avec résultat également satisfaisant. C'est aussi une danseuse publique.

Et en dépit de la tâche pénible de ces deux femmes, elles n'ont plus de troubles pelviens et l'examen bimanuel soigné, ne décèle pas les ovaires, ni de l'une ni de l'autre.

(Clifford Barrows, *Médical Record*, oct. 1904, n° 16).

OBSERVATION X

K. C..., mariée, 28 ans, vient se faire soigner le 11 août 1903. Famille et antécédents sans importance. Réglée à 13 ans. Régles régulières, indolores. Pas d'écoulement vaginal. Pas d'enfant, un avortement au quatrième mois (Mai 1901). Malade pâle, maigre, chétive, nerveuse et irritable. Il y a un an, commence à souffrir dans le dos et l'hypogastre surtout à gauche. Douleurs qui sont maintenant insupportables, avec nausées et vomissements. Elle souffre de constipation. La défécation est pénible. Le coït est presqu'impossible, du fait de douleurs soudaines, vives, syncopales survenant à ce moment. L'examen digital révèle un ovaire très mou, hypertrophié, prolabé dans le Douglas.

En ouvrant l'abdomen, le diagnostic fut précisé, l'ovaire fut libéré de ses adhérences, de nombreux petits kystes furent enlevés.

L'ovaire fut attiré en haut et maintenu en cette situation par le procédé décrit.

La convalescence fut excellente. Et maintenant à neuf mois de l'opération, elle se trouve très bien, elle a engraissé, elle est plus forte, la défécation n'est plus douloureuse.

La menstruation est normale. Les relations conjugales sont tout à fait satisfaisantes et indolores. L'ovaire ne peut plus être senti à l'examen digital.

(Clifford Barrows. *Médical Record*, oct. 1904, n° 9).

OBSERVATION XI

M. B..., 25 ans, mariée fut admise au « Bellevue Hospital », le 13 août 1903. Antécédents sans importance. Réglée à 16 ans régulièrement. Pas d'enfants, deux avortements au troisième mois en mai 1901 et en juin 1903. Souffre depuis deux ans de douleurs dans la région pelvienne et l'hypogastre, davantage à gauche. A eu des nausées. Retentissement sur l'état général. Constipation chronique. Douleurs à la défécation et pendant le coït. Ses souffrances sont devenues si constantes et si vives, sa santé est tellement endommagée qu'il lui est impossible d'accomplir les travaux du ménage. L'examen révèle un prolapsus double des ovaires qui sont mous et hypertrophiés.

Opérations le 28 août 1903, on note quelques petits kystes sur chaque ovaire. Ceux-ci sont réunis en bonne position toujours par notre procédé. La convalescence fut satisfaisante. La malade semble très bien actuellement. Disparition de la constipation, de la dyschezia et de la dyspareunie.

La palpation ne fait plus sentir les ovaires.

(Clifford Barrows. *Médical Record*, oct. 1904, n° 9).

OBSERVATION XII

C. J..., 24 ans, mariée depuis cinq ans, entre au « Bellevue Hospital », le 3 septembre 1903. Deux enfants, le premier a 4 ans, le second, 2 ans. Bon état jusqu'à la naissance du deuxième enfant. Depuis cette époque, souffre de douleurs pelviennes surtout à gauche.

Douleurs non constantes, mais une partie de la journée, semblant provoquées par l'exercice ou les efforts, par la défécation et le coït.

Il y a presque toujours accompagnant ces douleurs, des nausées. La malade a maigri. Elle passa les dix derniers jours du mois précédent, au lit.

L'examen digital nous permet de constater une rétroversion avec prolapsus des deux ovaires dans le Douglas.

On les remet en bonne position par notre même procédé. De plus on enleva un kyste gros comme une noisette à l'ovaire gauche. La guérison fut rapide. Elle semble à présent en bon état. Elle n'accuse plus de douleurs pelviennes.

(Clifford Barrows. *Médical Record*, oct. 1904, n° 9).

OBSERVATION XIII

E. C..., 23 ans, mariée depuis cinq ans, entre au « Bellevue Hospital, le 5 octobre 1903. Aucun antécédent. Pas de grossesse.

Menstruation régulière. Douleurs s'établissant vingt-quatre heures avant l'apparition des règles. Depuis octobre 1903, douleurs pelviennes, à caractère intermittent, parfois très vives. Ces douleurs semblent être provoquées par les efforts et la défécation. Le coït est parfois si douloureux qu'il empêche pratiquement les relations conjugales. L'examen digital nous montre une anté-

flexion bien marquée avec prolapsus des deux ovaires dans le Douglas.

On dilate le canal utérin, on fait un curetage et on le panse à la gaze aseptique

Les ovaires sont réunis en bonne position comme dans les cas précédents. La convalescence fut excellente. La santé générale est améliorée.

(Clifford Barrows. *Médical Record*, oct. 1904, n° 9).

OBSERVATION XIV

R. S..., 23 ans, célibataire, entre le 1er novembre 1903 au « Bellevue-Hospital ». Pas de grossesse. Souffre plus ou moins au moment des périodes menstruelles, la douleur apparaissant vingt-quatre heures avant et disparaissant avec l'écoulement. Elle fait remonter ses douleurs à trois ans. Ces douleurs sont plus vives à l'hypocondre gauche.

Depuis quelque temps ces douleurs sont plus vives, nauséeuses. Douleurs à la défécation. Constipation. L'état général est misérable, la malade est faible, nerveuse, irritable, elle a été soignée dans trois hôpitaux, sans soulagements. Etant « au Bellevue-Hospital » en 1903, elle souffrait tellement pendant la défécation qu'il était impossible d'obtenir d'elle qu'elle allât à la selle.

L'examen révèle un double prolapsus avec ovaires adhérents. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les ovaires profondément enclavés dans le Douglas, adhérents. Au côté droit l'appendice est pris dans la masse des adhérences.

On n'enlève que l'ovaire et la trompe de ce côté. L'ovaire gauche est libéré de ses adhérences, il semble sain. Cet ovaire a été réuni en bonne position par notre procédé.

La malade a une convalescence sans complications. Sa constipation a disparu. Quatre mois après l'opération, elle était en excel-

lente santé. Elle a gagné force et santé, elle ne souffre plus. La palpation ne fait plus sentir les ovaires.

(Clifford Barrows. *Médical Record,* oct. 1904, n° 9).

OBSERVATION XV

S. S..., 23 ans, mariée depuis deux ans et demi, entre au « Bellevue-Hospital », le 24 octobre 1903. Aucun antécédent.

Réglée à 15 ans. Régulièrement abondamment avec de vives douleurs. A eu deux grossesses. La deuxième donnant un enfant à terme, en avril 1903, l'autre un avortement à six mois, il y a deux ans. Depuis la naissance de son enfant elle ressent de vives et constantes douleurs dans le dos et l'hypogastre, des deux côtés Les douleurs augmentent par la station debout, la marche et la défécation. La malade n'a pas d'appétit, elle est très déprimée.

La santé est tellement endommagée qu'elle vient chercher un soulagement à l'Hôpital. Constipation opiniâtre.

L'examen physique montre une légère déchirure du périnée avec un utérus un peu augmenté de volume, non en antéflexion.

Les ovaires très mous sont perceptibles dans le Douglas.

Le diagnostic se confirme à l'opération qui est faite selon notre procédé habituel.

La convalescence est normale. La malade quitte l'hôpital en bon état.

Actuellement, son état est très amélioré. Elle n'accuse plus de douleurs. La palpation ne décèle plus rien dans le Douglas.

(Clifford Barrows. *Médical Record*, oct. 1904. n° 9).

OBSERVATION XVI

R. S..., mariée, 20 ans. Entre au « B. H. » le 20 novembre 1903. Incapable de rendre compte intelligemment de son état,

sauf qu'elle souffre constamment de nausées et de douleurs, surtout pendant le coït et la défécation. Etat misérable.

L'examen révèle un utérus en rétroversion et les deux ovaires sont dans le Douglas. L'ovaire gauche est mou et un peu hypertrophié. Ces organes semblent adhérents dans cette position.

A l'ouverture de l'abdomen, le diagnostic est confirmé. Appendicite chronique avec appendice adhérent à l'ovaire et la trompe droite,

Ces adhérences sont si denses qu'elles produisent par leur déchirure des lésions de la trompe et de l'ovaire droit. On enlève le tout.

L'ovaire gauche qui était profondément engagé dans le Douglas est libéré de ses adhérences et remis en bonne position.

Actuellement la malade ne souffre plus et est en excellent état.

(Clifford Barrows, *Med. Record*, octobre 1904, n° 9).

OBSERVATION XVII

S. M..., 38 ans, 21 ans de mariage. Entre au « B. H. » le 28 novembre 1903. Aucun antécédent. Depuis son mariage, fut toujours réglée régulièrement. A toujours eu des douleurs vives au premier jour de ses règles. Elle a eu trois enfants. A fait quatre fausses couches.

Depuis le 1er septembre 1903, elle éprouve de vives douleurs dans la région de la hanche droite, le pelvis et le sacrum. Ces douleurs s'exagèrent pendant la défécation et le coït. Les douleurs ont tellement augmenté ces derniers temps qu'elle fut obligée de quitter son travail et vint à l'hôpital.

L'examen physique montra un utérus un peu hypertrophié et rétroverti. La trompe et l'ovaire droits sont augmentés de volume et adhérents. Probablement prolapsus de l'ovaire gauche.

A l'ouverture de l'abdomen, la trompe et l'ovaire droits sont le siège d'adhérences étendues. La trompe semble contenir du pus. Les annexes de ce côté sont enlevées. L'ovaire gauche normal d'état et de dimension est prolabé au fond du Douglas. Il fut remis en bonne position.

Le 19 décembre 1903, elle quitta l'hôpital et, d'après ses dires, elle est en excellente santé.

(Clifford Barrows, *Med. Record*, octobre 1904, n° 9).

OBSERVATION XVIII

C. J..., 39 ans, 13 ans de mariage. Entre au « B. H. » en décembre 1902. Pas d'antécédents. Réglée à 14 ans régulièrement en faible quantité. A toujours éprouvée des douleurs deux ou trois jours avant l'écoulement. Elle a eu 3 accouchements à terme, sans complications.

En décembre 1902, elle montait sur un lit de fer. Cet acte fut suivi, à intervalle de trois jours, de douleurs des deux côtés dans le pelvis. Depuis, elle éprouve de très fortes douleurs plus accusées au moment des périodes, pendant le coït et la défécation. Elle était comme invalide les deux mois qui ont précédé son admission.

La malade est mince, anémique, chétive. L'examen digital montre un utérus en rétrodéviation avec une masse très molle dans le Douglas.

A l'ouverture de l'abdomen, on voit les deux ovaires prolabés dans le Douglas, adhérents en dedans et derrière l'utérus rétroverti. On rompt les adhérences, on ôte de nombreux petits kystes à chaque ovaire. Et les trompes étant saines, l'utérus et les ovaires sont réunis en position normale.

Le 13 juin, la malade sort de l'hôpital très améliorée et presque libre de douleurs. L'examen digital ne laisse rien percevoir

dans le pelvis. Elle se considère comme guérie ayant eu une menstruation indolore depuis sa sortie.

(Clifford Barrows, *Med. Record,* octobre 1904, n° 9).

OBSERVATION XIX

J. B..., 27 ans, célibataire. Entre au « B. H. » le 4 décembre 1903. Excellents antécédents. Au eu les petites maladies de l'enfance. La malade est très nerveuse. Depuis quelques années, attaques hystériques, troubles gastriques, palpitations, etc...

Réglée à 16 ans. Jusqu'à il y a un an, règles régulières de 6 à 7 jours de durée. Douleurs dans le dos bien marquées. Il y a un an, les régles furent un peu irrégulières, avec de la céphalée. Douleurs sourdes dans la région sacrée. Nausées. Syncopes, Dépression mentale et physique considérable. La douleur dorsale est très augmentée par les mouvements, la station debout, la défécation et le coït. Constipation chronique. La malade reste quatre à six jours sans aller à la garde-robe.

L'examen digital montre un utérus antéfléchi avec les deux ovaires hypertrophiés et prolabés dans le Douglas. L'ovaire droit au-dessous du gauche.

Ce diagnostic fut vérifié pendant l'opération. L'appendice épaissi et adhérent au ligament large est enlevé. On enlève aussi de nombreux petits kystes à chaque ovaire. Puis les ovaires sont remis en bonne position.

Le 17 février, la malade quitte l'hôpital en excellent état.

(Clifford Barrows, *Med. Record*, octobre 1904, n° 9).

Clifford Barrows accompagne ces douze observations des réflexions suivantes : « On pourrait passer quelque temps à considérer ces douze cas en les choisissant comme types de l'opération que j'ai décrite.

J'ai choisi ces malades offrant des conditions typiques des différentes variétés d'ovaires prolabés.

Les deux premiers cas (Obs. VIII et IX) se produisirent chez des danseuses publiques et on peut croire que cette occupation a quelque influence sur l'étiologie et fournissait une bonne preuve de l'efficacité de l'opération.

La première malade avait eu trois avortements, la troisième (Obs. X) en avait eu un, la quatrième (Obs. XI) en avait eu deux ; aucune de ces malades n'ayant mené sa grossesse à terme. De tels cas sont fréquents dans le prolapsus.

On comprend facilement qu'aussitôt que, l'utérus gravide, s'accroissant, devient de dimension suffisante pour exercer une forte pression sur l'ovaire pris entre l'utérus et le sacrum, l'irritation est suffisante pour produire un avortement.

La délivrance à terme du cas I (Obs. VIII), après l'opération, (les deux ovaires étant intéressés, la malade, citée dans ce cas, ayant avorté trois fois avant l'opération), semble fournir une valeur positive quant à son efficacité au point de vue fonctionnel, indépendamment du soulagement qu'elle apporte aux symptômes douloureux.

Le cas II (Obs. XIV) fut stérile, mais cette stérilité peut avoir été sous la dépendance de la sténose accompagnant l'antéflexion, bien que l'ovaire prolabé empêcha pratiquement les relations conjugales à cause des grandes douleurs durant le coït.

Dans les cas I, II, III, IV (Obs. VIII, IX, X, XI), il y avait prolapsus d'ovaires kystiques hypertrophiés,

sans adhérences ou rétrodéviation de l'utérus, tandis que dans le cas V (Obs. XII), un déplacement de l'utérus en arrière existait en outre du double prolapsus ovarien,

Dans les cas VI, VIII, XII (Obs. XIV, XVI, XIX), il y avait antéflexion avec prolapsus double. Dans le cas VII (Obs. XV), il y avait des adhérences pelviennes nombreuses avec lésions d'un ovaire et d'une trompe suffisantes pour autoriser leur extirpation.

Dans trois des cas, il devint nécessaire d'enlever l'appendice en plus de l'opération ovarienne.

Ces cas ont été choisis comme types puisqu'ils illustrent les différentes conditions qui compliquent le prolapsus de l'ovaire ainsi que les modifications pathologiques variées qui dépendent de ces états.

OBSERVATION XX (inédite)
due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Michel

Mme B..., 55 ans. Cette dame n'a jamais été gravement malade. Son passé utérin n'est pas chargé.

Vers l'âge de 40 ans, métrite soignée à Strasbourg, mais depuis elle a atteint l'âge de la ménopause sans troubles bien marqués.

Depuis 5 ans n'est plus réglée, la ménopause ne s'est accompapagnée d'aucun trouble particulier ; pas de troubles nerveux.

Jusque l'année dernière ne se plaignait de rien.

En 1910, à la suite de grandes fatigues occasionnées par une maladie de son fils, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre.

Un confrère consulté trouve un utérus en rétroversion, utérus gros ; il conseille, après un traitement de quelques jours par des ovules et de grandes injections très chaudes, le port d'un pessaire. Ce pessaire n'est pas supporté.

Elle continue à souffrir, les douleurs s'accentuent même ; elles deviennent paroxystiques durant plusieurs heures, elles sont même assez fortes pour provoquer un état syncopal. Elles sont nettement provoquées par les selles.

La malade est devenue une véritable infirme, elle n'est soulagée que par la position genu-pectorale, qu'elle a prise d'elle-même ; les douleurs n'étant nullement atténuées par la position horizontale.

Son médecin trouve en arrière de l'utérus une petite masse très douloureuse ; je pense, comme lui, à un ovaire prolabé.

Nous proposons une laparotomie qui est acceptée, et pratiquée en mars 1911. En arrière de l'utérus rétroverti se trouvait l'ovaire droit normal comme forme et dimensions, ovaire petit, surface granitée, aucune lésion de la trompe.

Je pratiquai la castration unilatérale et fixai l'utérus à la paroi.

Après des suites opératoires normales, la malade est entrée en convalescence. Depuis, elle ne s'est plus jamais plaint de douleurs.

OBSERVATION XXI (inédite)
due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Michel

Mme X..., 36 ans. Sans antécédents particuliers. Deux couches normales.

Depuis la dernière couche qui remonte à deux ans, elle se plaint, surtout au moment des époques, de douleurs dans le bas-ventre.

Ces époques sont normales et comme durée et comme quantité et qualité. Leucorrhée légère.

Depuis quelque temps son état général se modifie, elle devient émotive, plus nerveuse, elle s'inquiète de son état.

Elle se décide à consulter, d'une part, parce qu'au moment du coït, elle éprouve parfois de très violentes douleurs, avec état

syncopal ; d'autre part, la défécation, surtout quand il y a constipation, est toujours très douloureuse.

A l'examen, on constate un utérus en rétroversion, mais en arrière de l'utérus, dans le cul-de-sac latéral gauche et le cul-de-sac postérieur, on voit, accolée à l'utérus, une masse très régulière, un peu résistante, du volume d'une noix, très douloureuse à la pression. La rétroversion est mobile.

Je porte le diagnostic de rétroversion utérine compliquée de chute de l'ovaire, en arrière du corps utérin.

Je propose une pexie, devant être précédée d'une extirpation unilatérale des annexes.

L'opération, fin avril 1911, permet de constater un ovaire dont le pédicule très allongé a permis la chute en arrière. Cet ovaire était d'aspect normal, un peu plus volumineux que celui du côté opposé. Les veines utéro-ovariennes étaient très dilatées.

Je fis la castration unilatérale à gauche, la trompe était saine, non oblitérée.

Je terminai l'opération par la fixation à la paroi, avec inclusion des ligaments ronds.

J'ai revu la malade fin septembre dernier ; depuis elle n'a plus eu mal au moment du coït, elle ne souffre plus, elle a repris sa vie normale.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Diagnostic. — Ainsi que nous le disions au début de ce travail, le prolapsus est une affection méconnue. Et il est fort probable que si on prenait l'habitude d'explorer méthodiquement les annexes, le diagnostic serait établit fréquemment.

On verrait moins de malades aller de cliniques en cliniques, cautérisées ici, tamponnées ailleurs, souffrant toujours autant et réclamant un soulagement, que seul un bon diagnostic amènera.

S'il est facile, en effet, de faire un diagnostic dans les cas francs où les douleurs, pendant la défécation et le coït, sont les symptômes dominants et inspirent l'examen des annexes, il est beaucoup plus facile encore de commettre une erreur dans les cas frustres, dans les cas compliqués où les femmes souffrent de mois en mois, sans qu'il existe de déviation utérine ou d'engorgement du col suffisants pour en donner l'explication

Le diagnostic du prolapsus se base presque exclusivement sur les caractères de la tumeur au toucher : petit corps ovoïde, aplati sur ses faces, bien circonscrit, comme velouté, le plus souvent mobile, toujours un peu sensible, d'une sensibilité spéciale, parfois exquise qui ne peut être comparée à rien. Quelque fois le toucher provoque une douleur nauséeuse, un sentiment de défaillance.

Dans les cas douteux, si la paroi abdominale le permet, il faut toujours s'assurer par la palpation bimanuelle que l'ovaire n'occupe par sa situation normale, cela est souvent fort difficile. Il est bon également d'attendre les prochaines règles pour vérifier l'augmentation de volume à cette époque de ce qu'on suppose être l'ovaire.

Enfin, il sera souvent nécessaire de pratiquer l'exploration sous le chloroforme, soit pour éviter des douleurs intolérables, soit pour obtenir le relâchement complet de la paroi abdominale.

On n'a pas tout fait lorsqu'on s'est assuré qu'on avait affaire à un ovaire prolabé. Il faut encore, et c'est là un point important, soit pour le pronostic, soit pour le traitement, rechercher les complications qui peuvent se surajouter au prolapsus.

Coïncide-t-il avec une déviation utérine ? Le toucher nous a déjà renseigné. L'ovaire prolabé est-il enflammé ? Il est alors augmenté de volume, tendu, d'une sensibilité extrême, presque impossible à approcher avec le doigt.

Il faut enfin voir s'il est mobile, s'il n'est pas fixé par des adhérences. C'est en cherchant à le repousser avec

le doigt, en imprimant des mouvements à l'utérus, en faisant prendre à la femme diverses positions — la position genu-pectorale par exemple — qu'on parviendra à élucider cette question.

Pronostic. — Si le prolapsus est abandonné à lui-même, tout présage qu'il ne fera que s'aggraver. L'ovaire, s'il n'est déjà enflammé, ne tardera pas à se congestionner d'abord, s'enflammera ensuite et l'ovarite viendra compliquer la scène.

Traité convenablement par l'un des procédés chirurgicaux cités plus haut, il guérira sûrement et on arrivera à éviter les complications qui se produiraient fatalement.

Le prolapsus des ovaires est une affection dont on doit délivrer toutes les malades qui en sont atteintes en leur montrant qu'elles n'auront que des avantages à attendre de l'opération.

Quant aux malades qui refuseraient les secours de la chirurgie, on ne pourrait en pareille occurence que leur appliquer le traitement médical, tout en leur faisant voir quel long supplice sera pour elles cette affection que seule une opération sanglante pourra guérir.

Vu :
Nancy, le 23 Octobre 1911.
Le Président de Thèse,
WEISS.

Vu :
Nancy, le 24 Octobre 1911.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 26 Octobre 1911.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANATOMIE

Spalteholz. — Handatlas des Anatomie des Menschen, tome III, 1906.

Testut. — Anatomie humaine, tome IV,

Testut et Jacob. — Anatomie topogr., t. II.

PROLAPSUS DES OVAIRES

Baraduc. — Prolapsus ovarien chez une hystérique. C. R. de la Société de biologie. 1882.

Barnes. — Traité clinique des maladies des femmes. Paris 1876.

Bonnet Victor. — Traitement du prolapsus de l'ovaire par le raccourcissement du ligament ovarien. Déc. 1906.

Barrows Clifford. — Prolapsus of the ovaries. In Med. Record, oct. 1904, n° 16.

Deneux. — Hernie de l'ovaire. Paris 1813.

Faure J.-L. — La salpingopexie. In Gynecologie de Pozzi, 1903. p. 101.

Goldspohn. — Du sort des ovaires dans les rétrodéviations Am. ass. of obst. and gyn. 17-20 août 1897, in Med. News, 28 août 1897.

— Prolapsus des ovaires. Am. Med. ass. 7-10 juin 1898, in Med. Rec., 18 juin 1898.

Goltschalk. — Des troubles accompagnant le prolapsus de l'ovaire et leur traitement (dic Heilkunde, janvier 1902) traduit in Gynécologie de Pozzy, 1902, p. 335.

Goodell. — On prolaps of the ovaries. Med. News, 1879.

Imlack. — On the treatment of prolaped ovaries by oophoraphy. Brit. gyn. Journal London, 1885-86.

Lawson Taft. — Maladies des ovaires.

Mauclaire. — Prolapsus ovarien douloureux. Semaine gynécologique, sep. 1903, n° 25.

Mundé. — Prolap of the ovaries. Trans. of the Amer. gyn. Soc., 1879.

Montprofit. — Chirurgie des ovaires et des trompes. Paris 1903.

Pozzi. — Traité de gynécologie. Paris 1905.

Rose. — Revue intern. de médecine et de chirurgie, mars 1902.

Rigby. — Du prolapsus des ovaires. Med. Times, 1850.

Schröder. — Maladies des femmes, 1886.

Sänger. — Centralblatt für Gynecologie, 1896, n° 9.

Trélat. — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme. Annales gyn., 1888. t. XXIX.

Vallin. — Thèse Paris, 1887.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 5

Chapitre I. — Anatomie 9

Chapitre II. — Définition — Division 19

Chapitre III. — Etiologie 25

Chapitre IV. — Symptomatologie 33

Chapitre V. — Traitement 39

Chapitre VI. — Observations. 55

Chapitre VII. — Diagnostic et pronostic 75

Index bibliographique. 79

Imprimerie Albert Barbier, 4, quai Choiseul, Nancy